

Valquiria Farias Bezerra Barbosa

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E
O DISPOSITIVO DE SEGURANÇA NO BRASIL:
TRANSVERSALIDADES DISCURSIVAS REFERENTES À
PROBLEMÁTICA DO RISCO.**

Tese submetida ao Programa de
Doutorado Interdisciplinar em Ciências
Humanas da Universidade Federal de
Santa Catarina para a obtenção do grau
de Doutora em Ciências Humanas.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Noemi
Cucurullo de Caponi

Coorientadora: Profa. Dra. Marta Inez
Machado Verdi

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

BARBOSA, Valquíria Farias Bezerra

O Cuidado em Saúde Mental e o Dispositivo de Segurança no Brasil : transversalidades discursivas referentes à problemática do Risco / Valquíria Farias Bezerra BARBOSA ; orientadora, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi ; coorientadora, Marta Inez Machado Verdi. - Florianópolis, SC, 2014.

252 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Inclui referências

1. Ciências Humanas. 2. Cuidado; Saúde Mental; Risco; Dispositivo de Segurança. I. Cucurullo de Caponi, Sandra Noemi. II. Machado Verdi, Marta Inez. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. IV. Título.

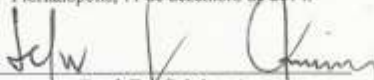
Valquíria Farias Bezerra Barbosa

**O cuidado em saúde mental e o dispositivo de segurança no Brasil:
transversalidades discursivas referentes à problemática do risco.**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de *Doutor(a) em Ciências Humanas* e aprovada, em sua forma final, no dia 11 de dezembro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado.

Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Orientadora
Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi
Coorientadora


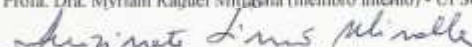
Florianópolis, 11 de dezembro de 2014.



Prof. Dr. Selvino Assmann

Coordenador do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas

Banca Examinadora:


Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi (orientadora) - UFSC
Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink (membro externo) - PUC/SP
Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (membro externo) - UFPE
Profa. Dra. Sílvia Cardoso Bittencourt (membro externo) - UNISUL
Profa. Dra. Fátima Eugênie (membro interno) - UFSC
Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjana (membro interno) - UFSC
Profa. Dra. Luzinete Simões Minella (membro interno) - UFSC

A meus amores Edelweis, Bianca e Daniel.

Para minha mãe Glória, exemplo de força, determinação e coragem.

Para meu pai Valdomir Bezerra Silva (in memoriam).

Em especial, a todos que se uniram a Franco Basaglia na luta antimanicomial.

AGRADECIMENTOS

À Deus fonte de todo saber e toda inspiração.

À Profa. Dra. Sandra Caponi, minha orientadora, pela constante parceria e amizade que nos permitiu compreender, sobretudo pelo seu exemplo, o que significa ser uma *livre pensadora* e uma *intelectual combativa*.

À Profa. Dra. Marta Verdi, minha coorientadora, pelo grande ser humano que é, ajudou-me a refletir sobre a construção de uma trajetória acadêmica pautada pela ética, pelo diálogo e pelo respeito à alteridade.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pelas grandes lições de vida e pela convivência acolhedora.

Aos reitores da UFSC, Prof. Dr. Álvaro Prata e Profa. Dra. Roselane Neckel, aos Pró-reitores de Pós-Graduação Profa. Dra. Maria Lúcia de Barros Camargo e Profa. Dra. Joana Maria Pedro e ao Prof. Bellini, pelo empenho na concretização do Programa de Doutorado Interinstitucional IFPE/IFPB/IFAL/UFSC.

Aos reitores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Prof. Sérgio Gaudêncio e Profa. Ma. Cláudia da Silva Santos, pelo empenho na concretização do Programa de Doutorado Interinstitucional IFPE/IFPB/IFAL/UFSC.

À Dra. Anália Keila Rodrigues Ribeiro, Pró-Reitora de Pesquisa do IFPE, e à Dra. Sofia Brandão pelo caráter visionário e empenho na elaboração do Programa de Doutorado Interinstitucional IFPE/IFPB/IFAL/UFSC.

Às professoras Dra. Núbia Frutuoso, Dra. Joana Maria Pedro e Dra. Teresa Kleba Lisboa pela dedicação aos trabalhos de coordenação do Programa de Doutorado Interinstitucional IFPE/IFPB/IFAL/UFSC.

Ao nosso querido filósofo Prof. Dr. Selvino Assman, Coordenador do Programa de Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC, pela amizade e pelas inesquecíveis lições de vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo financiamento do Programa DINTER e da bolsa de estudos durante o período de estágio doutoral em Florianópolis.

Aos meus queridos amigos da turma DINTER, Aline Brandão, Beatriz Alves, Célia Braga, Eliane Vieira, Jamylle Ouverney-King, Maria de Fátima Moreira, Maria do Socorro Santos, Maria José Teixeira, Marlesson Rego, Raquel Goldfarb, Samarone Lima, Sandra Roque, Sérgio Guimarães, Sílvio Sérgio Rodrigues pelo sonho coletivo que o DINTER representou.

Aos membros dos grupos de pesquisa: Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde (UFSC), Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva (UFSC), Núcleo de Estudos e Pesquisas Educação e Sociedade Contemporânea (UFSC) pelas relevantes colaborações na construção de meu projeto de pesquisa.

À secretaria do Programa de Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC, através de seus servidores Jerônimo Ayala e Cristina Eberhardt Francisco pelo constante apoio e orientação.

Às bibliotecárias da UFSC pelo importante apoio em nossa pesquisa documental.

À Profa. Ma. Velda Maria Martins, em nome de quem homenageio a todos os servidores do IFPE *Campus* Vitória de Santo Antão, que não mediram esforços em nos acolher durante o período de aulas das disciplinas obrigatórias do Programa de Doutorado Interinstitucional IFPE/IFPB/IFAL/UFSC.

Aos professores do IFPE Dra. Ana Patrícia Falcão, Dr. Márcio Villar França Lima, Dra. Edilamar Santos, pelo apoio institucional e incentivo pessoal.

Aos professores Dr. Mário Monteiro, Diretor do IFPE *Campus* Pesqueira, e Dr. Valdemir Mariano, Gerente de Ensino do IFPE *Campus* Pesqueira, pelo constante apoio institucional e pessoal.

Aos professores Me. Raimundo Valmir de Oliveira, Ma. Silvana dos Santos Cavalcanti e Me. Robervam de Moura Pedroza por compartilharem comigo a coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, IFPE *Campus* Pesqueira, permitindo-me prosseguir rumo à concretização desse sonho.

Ao colegiado do Curso de Bacharelado em Enfermagem do IFPE *Campus* Pesqueira, meu grupo de trabalho querido, onde os sonhos se convertem, pelo esforço coletivo, em grandes realizações; professores e professoras que têm envidado esforços para a construção de uma educação em Saúde/Enfermagem de qualidade, transformadora de vidas: Profa. Ana Karine Sá, Profa. Ana Carla Alexandre, Profa. Cândida Rocha, Profa. Cláudia Fabiane Gomes, Prof. Carlos Henrique Tabosa, Profa. Célia Ribeiro de Vasconcelos, Prof. Cleyton Sousa, Profa. Elisabete Costa, Prof. Humberto Rochimim Fernandes, Prof. Kleber Fernando Rodrigues, Prof. Lucicláudio Barbosa, Prof. Marcelo Flávio, Prof. Nelson Galindo, Profa. Patrícia Cavalcanti, Profa. Rosário Sá Barreto, Profa. Soraia Pequeno, Profa. Suely Inojosa, Profa. Valdirene Carvalho.

Aos professores e aos servidores técnico-administrativos do IFPE *Campus* Pesqueira pelo protagonismo coletivo na busca da igualdade de acesso à Educação pública de qualidade em nosso país.

Às pedagogas Barbhara Elyzabeth Souza Nascimento, Rafaella Albuquerque, Socorro Vale e ao pedagogo Kelderlange Alves pelo apoio e incentivo pessoal.

Aos estudantes do Curso de Bacharelado em Enfermagem do IFPE *Campus* Pesqueira que, por sua amizade, força e persistência, ampliam minhas convicções quanto ao potencial da pesquisa em formar cidadãos protagonistas de mudanças em seu contexto social, cultural e político.

À gestão de saúde do município de Pesqueira, na pessoa do Dr. Severiano Cavalcanti e Dra. Luciana Mandu, pelo apoio na realização dessa pesquisa.

À equipe multiprofissional de saúde, aos familiares e usuários do CAPS II Pesqueira, PE, todo meu respeito, consideração e reconhecimento.

Aos gestores da Faculdade ASCES, Prof. Paulo Muniz Lopes, José Sidrônio de Lima e Marileide Rosa de Oliveira pelo fundamental apoio no período de meu ingresso no Programa de Doutorado Interinstitucional IFPE/IFPB/IFAL/UFSC.

Ao corpo docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES pelo incentivo constante.

Aos estudantes de Enfermagem da Faculdade ASCES, em especial à turma concluinte 2013-1, meus grandes incentivadores, em cujas aulas de Saúde Mental formou-se o embrião de meu projeto de pesquisa.

À Dra. Ana Maria Barros (UFPE), Dr. Kleber Fernando Rodrigues (IFPE) e Esp. Edmário José dos Santos por seu essencial suporte durante minha participação na seleção de doutorado.

Às professoras Dra. Fátima Buchele e Dra. Miriam Mitjavila pelas valiosas contribuições durante meu exame de qualificação.

Às minhas queridas amigas Ângela Hoepfner, Ângela Margarida Souza, Fernanda Martinhago, Luzilena Rhode e Silvia Bittencourt pela convivência fraterna e todo o Cuidado dedicado a mim e a minha família durante nossa permanência em Florianópolis.

Às minhas amigas e irmãs amadas Adriana Santana de Vasconcelos e Maria do Socorro Santos, obrigada por vocês existirem na minha vida.

Aos irmãos em Cristo da Igreja Presbiteriana da Trindade pelo acolhimento, carinho e amizade durante nossa estadia em Florianópolis. Junto a vocês tudo se tornou mais fácil e prazeroso.

Aos irmãos em Cristo da 3ª Igreja Presbiteriana de Caruaru.

À nossa família: Valdomiro Bezerra (*in memoriam*), Valdeluce Bezerra, Aline Vilela, Lurdes Farias, Cláudio Romero Farias, Alexandre Watanabe, Estelita Tavares, Edmilson Barbosa (*in memoriam*), Ana Rosa Tavares, Aldemir Sales, Ana Luiza, Paulo Davi, Pedro Levi, Larissa, Patrícia Nóbrega, Cristiane Mesquita, Sara, Laura e Felipe por todo o apoio e Cuidado.

Às queridas Albenizia Bezerra, Ângela Gueiros, Flaviana Arruda, Luciana Uchôa, Maninha Alves, Rosimery Machado, Rafaela Freitas (e família) pela presença amiga e valiosas palavras de incentivo.

Às minhas fisioterapeutas Herica Silva, Perla Cabral e Michelle Macêdo pelo carinho e cuidados restauradores.

À Damiana Freitas da Silva e Rosa Maria Feitosa da Silva pelos Cuidados dedicados à minha família.

Ao Dr. Rodolfo Veloso e Dra. Dayse Veloso, extensivo à toda equipe e usuários do Hospital Psiquiátrico de Caruaru (atualmente desativado) por tudo que me ensinaram.

À todos que contribuíram para a conclusão de minha pesquisa de doutorado, meus sinceros e afetuosos agradecimentos.

“O conhecimento se transformou em nós em paixão que não teme nenhum sacrifício e não tem no fundo senão um único receio, o de se extinguir a si própria; [...] A paixão do conhecimento talvez leve mesmo a humanidade a perecer! Sim, odiamos a barbárie — todos preferimos ver a destruição de toda a humanidade antes que ver o conhecimento regredir sobre seus passos! E, afinal de contas: se a paixão não leva a humanidade a perecer, ela vai perecer de fraqueza: que referimos? Esta é a questão essencial. Desejamos que a humanidade acabe no fogo e na luz ou na areia?”

(Nietzsche, *Aurora*, 1881)

RESUMO

A presente pesquisa de doutorado investigou as configurações que a noção de Cuidado em Saúde Mental alcançou no processo de reforma psiquiátrica brasileiro, período a partir do qual se desenvolveram condições históricas e sociais para uma inversão paradigmática teórico-conceitual no campo da Saúde Mental. Objetivou analisar as relações de poder-saber inscritas em práticas discursivas construídas em torno do Cuidado em Saúde Mental no Brasil e suas interseções ao conceito de Risco probabilidade. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de análise qualitativa, desenvolvido mediante duas etapas. A primeira etapa constituiu-se pela análise documental retrospectiva de fontes históricas (relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), artigos científicos, dentre outras), na perspectiva da Arqueologia do Saber de Michel Foucault. Permitiu descrever os marcos epistemológicos e as estratégias discursivas relativos à noção de Cuidado. A segunda etapa de observação participante e entrevistas semiestruturadas realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) representou o componente genealógico de nossa pesquisa, permitindo analisar as relações de poder-saber referidas às práticas de Cuidado em Saúde Mental. A análise textual discursiva das fontes documentais foi operacionalizada mediante a utilização do software ATLAS.ti. As correntes sociais de abordagem sobre o Cuidado em Marie-Françoise Collière (1999; 2003) e as tradições linguísticas sobre o conceito de Risco em Mary Jane Spink (2001, 2007, 2010, 2012) foram o referencial teórico que norteou nossas análises. O período representado pela I CNSM constituiu a dimensão pré-discursiva da noção de Cuidado; reuniu as condições para uma crítica ao modelo asilar hospitalocêntrico da Psiquiatria clássica, abrindo espaço para a emergência de novas epistemologias e conceitos no campo da Saúde Mental. Paralelamente, observou-se a presença marcante de discursividades em defesa da Psiquiatria preventiva caplaniana, dentre as quais o conceito de Risco Epidemiológico. Desde a II até a IV CNSM, o glossário relativo ao Risco como Probabilidade, assim como ao Cuidado, apresentou-se com relevância progressiva apontando para a centralidade de ambos os conceitos nos debates em torno da consolidação de um novo modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil. Evidenciou-se a permanência do vocabulário sobre Risco como perigo vinculado ao adoecimento mental, inclusive com representatividade nos

relatos dos sujeitos de nossa pesquisa. Pudemos constatar que os enunciados sobre o Cuidado atingiram seu limiar de positividade e de epistemologização. No entanto, a noção de Cuidado não esteve vinculada, no corpus textual estudado, a leis de construção de proposições, não atingindo um limiar de cientificidade. Ao contrário, observaram-se profundas lacunas para sua sistematização, uma vez que as abordagens da literatura científica têm se concentrado na sua análise enquanto uma prática social. A análise das relações de poder-saber relativas às práticas de Cuidado em Saúde Mental em um CAPS permitiu-nos identificar elementos diversificados característicos dos dispositivos legal, disciplinar e de segurança. As práticas discursivas em torno da noção de Cuidado em Saúde Mental apontam para a operacionalidade do Dispositivo de Segurança em nosso dispositivo de Saúde Mental contemporâneo, tomando como referência o processo de autonomização do campo da Saúde Mental no Brasil.

Palavras-chave: 1.Cuidado 2.Saúde Mental 3.Psiquiatria Preventiva 4.Dispositivo de Segurança 5.Risco 6.Desinstitucionalização.

ABSTRACT

This doctoral research investigated the configurations that the notion of Mental Health Care reached during the Brazilian psychiatric reform process, a period from which developed historical and social conditions for a theoretical-conceptual inversion in the field of Mental Health. Aimed to analyze the power-knowledge relations inscribed on discursive practices built around the Mental Health Care in Brazil and their intersections with the concept of Probability Risk. This is a descriptive, exploratory study, of qualitative analysis developed through two stages. The first stage consisted by a documentary retrospective analysis of historical sources (reports of the National Conferences on Mental Health (NCMH), scientific articles, among others), from the perspective of the Archaeology of Knowledge by Michel Foucault. It allowed to describe epistemological frameworks and discursive strategies concerning the notion of caring. The second stage of participant observation and semi-structured interviews developed on a Psychosocial Care Center represented the genealogical component of our research, making possible to analyze the power-knowledge relations referred to practices in Mental Health Care. The discursive textual analysis of documentary sources was operationalized by using the ATLAS.ti software. The social approach about care from Marie-Françoise Collière (1999, 2003) and the linguistic traditions about the concept of Risk in Mary Jane Spink (2001, 2007, 2010, 2012) were the theoretical framework that guided our analysis. The period represented by first NCMH was the pre-discursive dimension of the notion of care; met the conditions for a critique of the hospital asylum model defended by classical Psychiatry, paving the way for the emergence of new epistemologies and concepts in the field of Mental Health. In parallel, We paid attention to the presence of remarkable discourses in defense of Preventive Psychiatry, among which, the concept of Epidemiological Risk. From second to forth NCMH, the glossary related to the Risk as Probability, as well as to the Care presented with progressive relevance by pointing to the centrality of both concepts in the discussions surrounding the consolidation of a new model for Mental Health Care in Brazil. We also evidenced the permanence of the vocabulary about Risk as Danger linked to mental illness, including the reports of the subjects of our research. We observed that the statements about the care reached its threshold of positivity and epistemologization. However, the notion

of care was not linked, at least in the studied textual corpus, to the building laws of propositions, not reaching a threshold of scientificity. Instead, we realized profound gaps to its systematization, since the approaches to the Mental Health Care in the scientific literature have mainly focused on its analysis as a social practice. The relations of power-knowledge concerning Mental Health Care practices in a Psychosocial Care Center allowed us to identify several elements characteristic of the legal, disciplinary and safety devices. The discursive relationships around the notion of Mental Health Care indicate the operation of the Safety Device in our contemporary Mental Health device, taking as reference the process of empowerment of the Mental Health field in Brazil.

Keywords: 1.Care 2.Mental Health 3.Preventive Psychiatry 4.Security Device 5.Risk 6.Deinstitutionalization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Glossário sobre Risco como Probabilidade e Cuidado nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, Brasil, 1987-2001.....	177
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS- Ações Integradas de Saúde
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSM I - Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial
COEP - Comitê de Entidades no Combate à Fome e pela Vida
CREAS - Centro de Referência em Assistência Social
DECS - Descritores em Ciências da Saúde
DOU – Diário Oficial da União
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
HLP - Hospital Municipal Dr. Lídio Paraíba
HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IFPE – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental
MRPB - Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI – Psiquiatria Democrática Italiana
PNH - Política Nacional de Humanização
PT – Partido dos Trabalhadores
PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
REME - Movimento de Renovação Médica
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU - Serviço Móvel de Atendimento de Urgência e Emergência
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	25
1 O ESTUDO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PERCURSO METODOLÓGICO	37
1.1 OS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E A EMERGÊNCIA DO MODO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	37
1.2 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRO	45
1.3 REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL	51
1.4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	59
1.5 PERCURSO METODOLÓGICO	63
2 A BIOPOLÍTICA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	75
2.1 A HISTORICIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	75
2.1.1 Do Cuidado Humano ao Cuidado Institucional	76
2.1.2 A Institucionalização do Cuidado Hospitalar	79
2.1.3 O Hospital Medicalizado e a Institucionalização da Loucura	90
2.2 IMPLICAÇÕES DO RISCO PARA O ESTUDO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	102
3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DESVENDANDO AS DISCURSIVIDADES PRESENTES NOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL	117
3.1 A I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES À INTRODUÇÃO DA NOÇÃO DE CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	119
3.2 A II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: INTRODUÇÃO DA NOÇÃO DE CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	131
3.3 A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: “CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO”	147
3.4 O RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO, OMS, 2001	158
3.5 A IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL	162
3.6 TRANSVERSALIDADES DISCURSIVAS SOBRE A PROBLEMÁTICA DO RISCO NAS CNSM	174
4 O DISPOSITIVO DE SEGURANÇA E O CUIDADO: TECENDO REDES DE PODER-SABER	189

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	215
REFERÊNCIAS	223
APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	237
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	241
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	243
APÊNDICE D – TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	245
APÊNDICE E - ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA POR ORDEM CRONOLÓGICA	247

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa de doutorado propõe uma investigação sobre quais as configurações que o Cuidado em Saúde Mental alcançou no decorrer do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, período a partir do qual se desenvolveram condições históricas e sociais para uma inversão paradigmática teórico-conceitual no campo da Saúde Mental no Brasil. É nesse contexto que pretendemos também analisar como o conceito de Risco Epidemiológico encontra-se representado nos marcos epistemológicos, nos saberes e nas estratégias discursivas através das quais o Cuidado assume determinadas configurações para operar no campo da Saúde Mental no Brasil.

Ao mesmo tempo em que o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro trouxe-nos como legado a possibilidade de ressignificação social da loucura, apresentou-nos, sobretudo, o desafio de rever os paradigmas que até então deram base às práticas assistenciais no campo da Psiquiatria, introduzindo o modo¹ de atenção psicossocial que pressupõe uma nova forma de conceituar seu objeto de intervenção, novas configurações da organização institucional, da composição das equipes multiprofissionais e da relação com os usuários dos serviços de Saúde Mental (COSTA-ROSA, 2000).

Esse novo paradigma se constituiu a partir do processo de negação do modelo asilar/manicomial, partindo-se da necessidade de se propor uma forma diferenciada de enfrentamento da loucura. Nessa nova proposta, diferentes saberes e conhecimentos se entrecruzaram para constituir novas possibilidades de ação técnica e política, vinculadas à construção de novos valores e sentidos sobre o existir e o sofrer, o que implicou necessariamente o questionamento das conformações tradicionais do saber e do poder, envolvendo múltiplos atores e setores sociais (TAVARES, 2005).

Nesse sentido, cada campo científico das ciências da saúde e sociais precisou investir esforços na produção de novas formas de

¹ Será adotado ao longo do texto o termo “modo” ao nos referirmos à atenção psicossocial, como nos propõe Amarante (2007), uma vez que a nossa compreensão é a de que o campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial é constituído por um amplo e complexo processo social, não devendo ser reduzido a um modelo ou sistema, o que implicaria desconsiderar seu caráter eminentemente dinâmico e interdisciplinar.

enfrentar as questões relativas ao sofrimento psíquico² de modo a incorporar as concepções introduzidas pela política de Saúde Mental.

Esse processo de constituição do campo da Saúde Mental encontra-se ainda hoje sob fortes tensões e contradições tanto no contexto global, quanto no local. Prova disso pode ser encontrada no crescente número de estudos que apontam, dentre outros aspectos, as dificuldades que as equipes multidisciplinares dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm encontrado em desenvolver uma atuação coerente com os pressupostos do modo de atenção psicossocial (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012). Mesmo diante de tais dificuldades, os CAPS³, desde a aprovação da Lei Federal nº 10216/2001⁴, vêm se consolidando como o dispositivo estratégico e prioritário da rede de atenção em Saúde Mental no Brasil.

Como estamos diante de um campo técnico-assistencial e teórico-conceitual em processo de autonomização, não restam dúvidas de que haverá espaço para novas ideias, novas epistemologias, assim como para a formulação e revisão de conceitos. No entanto, ao mesmo tempo em

² A terminologia “sofrimento psíquico” tem sido adotada no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito social que sofre a partir de uma experiência vivida, distanciando-se da carga semântica de significação que acompanha a terminologia “portador de doença mental” ou “transtorno mental”, o que denota que o indivíduo carrega um fardo, é uma pessoa transtornada ou, ainda, possessa (AMARANTE, 2007).

³ Criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, os CAPS são definidos como unidades de saúde locais / regionais que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e o hospitalar. Integram a rede do Sistema Único de Saúde de média complexidade, prestando serviços às pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), mediante cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial.

⁴ A Lei federal 10216 foi promulgada em 06 de abril de 2001, após 12 anos de tramitação do projeto de lei original no congresso nacional. O projeto original, que recebeu o nome de seu relator, Deputado Paulo Delgado, foi rejeitado, excluindo-se, por exemplo, a extinção progressiva dos manicômios. Foi aprovado um substitutivo que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Ainda assim, representou importante avanço em relação à legislação em vigor que datava de 1934. Ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e constituiu-se como marco legal da reorientação do modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil, a partir da qual foi possível instituir notáveis avanços na organização e concepção dos serviços de Saúde Mental brasileiros.

que as assimetrias e disputas teóricas no interior desse campo poderão representar a possibilidade do novo, poderão na mesma medida proporcionar transposições mecânicas que não transcendam a essência do modelo asilar, mesmo que sob novas fisionomias (COSTA-ROSA, 2000).

Esse é o paradoxo que nos leva a questionar sobre a centralidade que a noção de Cuidado assumiu no âmbito da Política de Saúde Mental ao longo do processo de reforma psiquiátrica brasileiro.

Pretendemos compreender a partir de quando se deu a introdução da noção de Cuidado no campo da Saúde Mental e se essa noção serviu como suporte técnico-conceitual a novas práticas de Cuidado condizentes com o modo de atenção psicossocial.

Nessa perspectiva, é preciso elucidar em que medida esse conceito contribuiria para o atual *estado da arte* deste campo, favorecendo o exercício da agência⁵ pelos profissionais de saúde no âmbito dos serviços de Saúde Mental. É possível afirmar que a introdução da noção de Cuidado em Saúde Mental apresentou-se como catalisadora de novas práticas no campo da atenção psicossocial, de forma a agregar à excelência técnico-científica, as dimensões ética, humanística e social dessas práticas?

⁵ Embora a palavra “agência” remeta ao ator autônomo, individualista, ocidental, evocado pela teoria da prática, Sheri Ortner (2007) considera que os agentes sociais estão sempre envolvidos na multiplicidade das relações sociais, jamais podendo agir fora dela. A autora defende que todos os agentes sociais têm “agência”, embora chame a atenção para o cuidado que se deve ter em pensar que os seres humanos possam triunfar em relação a seu contexto social apenas por meio da força de vontade. Citando Jean e J. L. Comaroff (1991;1997), alerta-nos que, se focalizarmos excessivamente as intencionalidades dos atores, poderemos perder de vista as forças sociais e culturais de grande escala que estão em jogo, assim como as relações complexas e altamente imprevisíveis entre intenções e resultados. A teoria dos “Jogos Sérios” por ela enunciada tem como propósito compreender as forças, formações e transformações mais amplas da vida social em que opera o jogo de atores vistos como “agentes”. Ortner chama a atenção para o fato de que o termo “agência” não é teorizado por Pierre Bourdieu em seu texto chave sobre a teoria da prática “Outline of a Theory of Practice” (1978). Por fim, “agência” refere-se à intencionalidade que leva os agentes a perseguir projetos culturalmente definidos, e com o poder, uma vez que a ação se dá em contextos de relações de desigualdade, de assimetria de forças sociais.

Essas problematizações servirão de fios condutores desta investigação sobre o Cuidado em Saúde Mental, de forma que as retomaremos e aprofundaremos na construção de nossos argumentos.

Considerando que, nos últimos 30 anos, houve uma ampliação numérica e qualitativamente importante nas produções científicas no campo da Saúde Mental no Brasil, passaremos então a delimitar o campo teórico no qual se insere nossa pesquisa.

Em recentes revisões de literatura, observamos que os estudos publicados em periódicos científicos nacionais, bem como as teses produzidas nos programas de pós-graduação brasileiros, têm convergido para temáticas como: a validação de escalas biopsicométricas em grupos populacionais brasileiros; análises das práticas clínicas desenvolvidas nos serviços de Saúde Mental, com importante ênfase ao processo de trabalho das equipes de saúde nos CAPS, apontando seus avanços e aspectos limitantes; os estudos sobre a política brasileira de Saúde Mental (entre os quais mencionamos KANTORSKI et al, 2006; BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007; BUENO; CAPONI, 2009; KIRSCHBAUM, 2009; WILLRICH et al, 2011).

Para o estudo das configurações da noção de Cuidado ao longo do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, tomamos como importantes pontos de referência os estudos de Roberto Machado (1978), Vera Portocarrero (2002), Jurandir Freire Costa (2006) e Sandra Caponi (2012). Podemos considerar as abordagens desses estudos sobre o desenvolvimento da Medicina e da Psiquiatria no Brasil complementares entre si, conforme explicitaremos a seguir. De igual modo, suas abordagens teóricas e metodológicas lançam luz sobre o percurso de pesquisa que aqui iniciaremos.

Machado *et al.* (1978) realizaram um estudo de inspiração foucaultiana denominado *Danação da Norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*, que objetivou compreender o papel da medicina moderna na sociedade e sua ambição como instrumento técnico-científico a serviço do Estado.

Mediante a análise dos saberes e poderes por meio dos quais a medicina passou a compor o processo de medicalização da sociedade, essa pesquisa elucidou, no contexto do Brasil colônia, o papel que desempenharam as instituições sociais como meios de normalização dos indivíduos e das populações (MACHADO *et al.*, 1978).

Portocarrero (2002), em sua obra *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria* analisou a descontinuidade entre a psiquiatria brasileira do século XIX e a

psiquiatria introduzida no Brasil por Juliano Moreira no início do século XX, com implicações tanto no âmbito dos saberes como da prática.

De acordo com a autora, no final do século XIX, o surgimento do conceito de anormal foi determinante para que a Psiquiatria ampliasse seu campo de ação, que até então se limitava ao âmbito da doença mental, passando a abranger “todo e qualquer desvio do comportamento normal, como o dos degenerados, epiléticos, criminosos, sífilíticos e alcoólatras” (PORTOCARRERO, 2002, p. 13).

No campo teórico, a autora destacou que a introdução no Brasil, por Juliano Moreira, de uma nosografia que classificava, segundo critérios de cientificidade, todos os casos de anormalidade, oriunda da tradição alemã e cujo expoente foi Emil Kraepelin, proporcionou o sequestro do louco e a intervenção psiquiátrica sobre os indivíduos anormais. Quanto ao campo da prática, resultou na criação de um sistema de assistência abrangente, que não se restringia mais ao doente mental no espaço asilar, mas estendia-se sobre todos aqueles que apresentavam desvios mentais, reais ou potenciais. Passaram a compor esse sistema instituições como a família, a escola, as forças armadas, dentre outros, com o objetivo terapêutico e preventivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade (PORTOCARRERO, 2002).

Na obra *História da Psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico*, publicada na década de 1970, Costa (2006) demonstrou como o contexto cultural influenciou as teorias psiquiátricas, tomando como objeto de estudo o pensamento psiquiátrico da Liga Brasileira de Higiene Mental, no período de 1928 a 1934.

Uma das imprescindíveis contribuições desse estudo foi a compreensão sobre como a Psiquiatria brasileira estabeleceu os parâmetros do saber psiquiátrico moderno, a partir da década de 1930, mediante a justaposição dos discursos organicista, preventivista e psicoterápico, em função de estratégias de poder/saber diversificadas, para assim alcançar o reconhecimento científico, o prestígio político-profissional e garantir interesses corporativos e econômicos (COSTA, 2006).

Em *Loucos e Degenerados: Uma Genealogia da Psiquiatria Ampliada*, Caponi (2012, p.20) buscou “compreender o momento histórico que possibilitou o surgimento de uma nova configuração epistemológica pela qual a Psiquiatria tornou-se, ao mesmo tempo, intra e extra-asilar”, transformando-se em uma estratégia biopolítica.

A partir da análise do *Traité des Dégenérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine et des Causes qui Produisent ces Varieties Maladies*, publicado por Morel, em 1857, a

autora elucidou o impacto que o conceito de degeneração causou no surgimento de uma Psiquiatria ampliada. A Psiquiatria clássica, que até então se encarregara de buscar a cura das doenças mentais, ampliou seu espectro de influências, passando a investir na medicalização dos sofrimentos humanos, tornando-se uma medicina do não patológico (CAPONI, 2012).

Assim como outros contemporâneos, a exemplo de Martínez-Hernández (2012), esses autores envidaram esforços no sentido de compreender os mecanismos por meio dos quais avança a medicalização da sociedade, desde o século XVIII. Foram exímios em apontar os aparatos ideológicos que serviram à estruturação da Medicina e da Psiquiatria enquanto instituições sociais, em diferentes contextos e períodos históricos.

Quanto à nossa pesquisa, esses estudos alertam-nos para a urgência de considerar os jogos dos conceitos traduzidos nas práticas discursivas do campo da Saúde Mental. Apontam a necessidade de aprofundar nossa compreensão sobre o conjunto das relações entre as ciências e os saberes que compõem o campo da Saúde Mental, analisando-os no nível das regularidades discursivas, desvendando sua *episteme*⁶ (FOUCAULT, 2012).

Assim, a proposição de que exista uma heterogeneidade de perspectivas discursivas e conceituais possíveis para o Cuidado em Saúde Mental, inserido no pano de fundo político da modernidade tardia e da sociedade de segurança, é um aspecto central de nossa pesquisa. Ancoraremos nosso marco teórico-conceitual nas categorias foucaultianas de Biopolítica e do Dispositivo de Segurança, a fim de interpretar de que forma o Cuidado poderia ser situado como um dispositivo contemporâneo para o controle das populações.

O problema de pesquisa que nos propomos a analisar pressupõe que a constituição do conceito de Cuidado no campo da Saúde Mental no Brasil, ao longo do processo de reforma psiquiátrica, deu-se sob a influência dos diferentes agentes que constituem os subcampos das ciências da saúde, além de outros campos que estabelecem interseções ao campo da Saúde Mental.

Apesar de suas contribuições para a autonomização desse campo, é possível que esse processo tenha concorrido para a manutenção de

⁶ Por *episteme* entende-se “o conjunto de relações que podem unir, em uma dada época, as práticas discursivas que dão lugar a figuras epistemológicas, a ciências, eventualmente a sistemas formalizados. [...]” (FOUCAULT, 2012, p.230-231).

relações de poder-saber mediadas por práticas discursivas e técnicas nas quais o Cuidado em Saúde Mental, numa primeira hipótese, poderá estar vinculado à racionalidade própria da tradição do Risco como probabilidade, numa perspectiva de continuidade aos pressupostos da Psiquiatria Preventiva e em contradição aos pressupostos do modo de atenção psicossocial.

Interessa-nos compreender se a noção de Cuidado em Saúde Mental configurou-se de forma a instrumentalizar os mecanismos de “gestão diferencial das populações”, da mesma maneira como ocorreu com os saberes médico-psicológicos no processo de avanço do liberalismo. Nas sociedades ocidentais, esses saberes apoiaram-se na sofisticação das tecnologias da informática e na complexidade dos cálculos estatísticos para a constituição de perfis humanos que permitissem antecipar e prever Riscos (CASTEL, 1987, p. 101).

Atribuem-se os perfis de Risco “à presença de um ou de uma associação de critérios”, seja de ordem médica, seja na social (CASTEL, 1987, p. 114). Os cálculos de Risco epidemiológico pressupõem a identificação de grupos populacionais expostos a determinados Riscos supostamente suscetíveis à prevenção, reduzindo-se as variações individuais a médias. Nesse sentido, Risco significa a probabilidade de perigo, geralmente, com ameaça física para o ser humano e/ou para o meio ambiente (CASTIEL; GUILAM, 2007).

Para que possamos atingir tal compreensão, é preciso analisar que configurações o Cuidado em Saúde Mental assumiu diante das influências da Psiquiatria preventiva e no confronto com as correntes da Saúde Mental que defendem epistemologias e práticas que se contrapõem à medicalização dos sofrimentos humanos.

O Cuidado foi escolhido como categoria de análise por apresentar-se como um domínio comum entre as profissões da área de saúde que se dedicam ao processo terapêutico das pessoas em sofrimento psíquico, como a Medicina, a Enfermagem, a Psicologia, a Terapia Ocupacional, o Serviço Social, dentre outras (McEWEN, 2009).

Embora todas essas profissões tenham desenvolvido práticas de Cuidado com características singulares, a depender de aspectos específicos da história de cada corporação profissional, as temáticas concernentes ao Cuidado foram mais extensivamente estudadas por autoras da Enfermagem ao longo dos anos. Ainda assim, o Cuidado não deve ser vinculado exclusivamente a nenhuma profissão e, bem ao contrário, não nos parece que as autoras da Enfermagem dediquem-se a essa defesa (ROACH, 1993 apud WALDOW, 2008).

As ações de Cuidado não se dão isoladamente nos cenários de prática profissional; ao contrário, são coletivas. Mesmo que não se possa afirmar que partam de uma mesma fundamentação epistemológica ou, ainda, suponhamos que se desenvolvam de uma maneira espontaneísta, prescindindo de um planejamento, concordaremos que existe uma interdependência entre os subcampos de conhecimento representados pelas diferentes áreas profissionais que compõem o campo da saúde no desempenho de ações de Cuidado.

A compreensão do Cuidado como um fenômeno complexo, plural e multidimensional, de forma que cada um dos campos disciplinares da saúde contribui de forma particular para diferentes práticas de Cuidado, permite-nos analisá-lo, desde uma perspectiva interdisciplinar, do ponto de vista singular de cada campo e, ainda, analisar suas possibilidades de articulação objetivas e subjetivas, quando inserido na rede de relações entre usuários, profissionais e comunidade, nos serviços de atenção à Saúde Mental.

Essa perspectiva é corroborada por Collière (1999), quando defende que, no desenvolvimento de ações de Cuidado, nenhum campo de competência pode ser isolado em si próprio, havendo, em grande parte das vezes, interseções oriundas de uma substituição ou uma delegação de competência de alguém em determinadas circunstâncias e em função de um dado meio. Os campos de competência dos profissionais da saúde situam-se em íntima inter-relação entre si e, ainda, com o campo de competências dos usuários dos serviços de saúde, no processo de Cuidado.

Os usuários apenas delegam o Cuidado de si aos profissionais de saúde em determinadas circunstâncias, dentre as quais podemos exemplificar a doença. Será o usuário quem confiará ao profissional da saúde o papel de participar de seus Cuidados. Mesmo quando é necessário delegar o Cuidado de si a outrem, haverá complementaridades entre os campos de competência, de forma que o usuário deva assumir seu papel de participante direto das ações de Cuidado (COLLIÈRE, 1999).

Nessa mesma direção, Merhy (2007) afirma que a relação entre o que cuida e o que é Cuidado é uma dimensão fundamental para o trabalho no campo da saúde. O autor alerta-nos que, ao se analisar uma instituição de saúde como uma organização, deve-se ter em conta que as relações institucionais estabelecidas ali são singulares, uma vez que estão comprometidas com a produção de atos cuidadores. Destaca-se aqui a dimensão relacional do Cuidado.

Os autores dessa vertente teórica atribuem ao Cuidar uma dimensão ontológica, que transcende o próprio ato. Nesse sentido, Cuidar é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. A relação de Cuidado faz-se política na medida em que se estabelece a mutualidade no processo de Cuidar (BOFF, 1999; AYRES, 2006).

Partindo dessa abordagem de Martin Heidegger sobre o Cuidado em sua dimensão ontológica existencial, Ayres (2006) lança luz sobre a questão do Cuidado como prática de saúde, inserindo-o no movimento humano de se lançar ao mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo. O autor admite que, no campo operativo das práticas de saúde, é possível considerar como Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial. Nesse contexto, o termo Cuidado recebe a “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2006, p. 22).

Estamos diante de uma conceituação sobre o Cuidado que adota como horizonte ético a noção de humanização, mediante um conjunto de proposições filosóficas, éticas e políticas que assumem o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum (AYRES, 2006).

No entanto, estas não têm sido, necessariamente, as concepções hegemônicas sobre o Cuidado que operam no campo da saúde, como nos mostra Spink (2010). Ao discutir sobre os efeitos dos discursos sobre os Riscos em nossas práticas cotidianas, fazendo referência ao planejamento das políticas públicas de saúde com base em cálculos probabilísticos de Risco, a autora denuncia a “sobredeterminação de subjetividades pela complexa mescla de mecanismos de disciplina e biopoder que caracterizam a sociedade de controle” (SPINK, 2010, p.2).

Nesse contexto político, a autora defende a urgência de resgatarmos a noção de Cuidado, de modo a significá-la “como espaços de reflexão que propiciem o fortalecimento das habilidades de cuidarmos de nós mesmos em termos de uma política de existência” (SPINK, 2010, p. 2-3).

É nessa perspectiva crítica que pretendemos avançar no estudo sobre o Cuidado em Saúde Mental em direção das abordagens foucaultianas da arqueologia dos saberes e da genealogia dos poderes. Na trajetória da obra de Michel Foucault, a genealogia e a arqueologia se articulam sob o signo das problematizações: a dimensão arqueológica

da análise permite-nos estudar as formas da problematização, enquanto que sua dimensão genealógica permite-nos analisar sua formação a partir das práticas e suas transformações (MOTTA, 2008; FOUCAULT, 2008b).

Mediante o uso filosófico da história para a compreensão sobre o presente, buscaremos evidências que nos permitam a desnaturalização da noção de Cuidado em Saúde Mental. Procuraremos compreender, por meio de uma história arqueológica, a partir de que práticas discursivas os saberes sobre o Cuidado foram incorporados às configurações de saber-poder no campo da Saúde Mental (FOUCAULT, 2008b; 2012).

É preciso, conforme nos indica Foucault (2012), descrever as práticas discursivas, definir segundo que regularidade e graças a que modificações puderam se dar os processos de epistemologização, de forma a atingirem as normas da cientificidade e, talvez, cheguem ao limiar da formalização.

Trata-se de analisar a emergência da noção de Cuidado em Saúde Mental como uma positividade, um acontecimento que traz sua própria singularidade, rompendo “com as evidências sobre as quais se apoia nosso saber”. Analisá-lo, segundo os múltiplos processos que o constituem, assim como segundo o conjunto de práticas discursivas e não discursivas que possibilitaram sua emergência (SOUZA, 2011, p.62; FOUCAULT, 2008b).

Lançamo-nos, então, a essa tarefa de “eventualizar” a noção de Cuidado em Saúde Mental que nos conduzirá “a deixar de ser ingênuo e a compreender que o que é poderia não ser” (DELEUZE, 1976, p. 27 apud SOUZA, 2011).

A fim de enveredarmos nessa perspectiva analítica, elegemos como objetivo geral desta tese *analisar as relações de poder-saber inscritas em práticas discursivas construídas em torno do Cuidado em Saúde Mental no Brasil, durante o processo de reforma psiquiátrica e suas interseções ao conceito de Risco como probabilidade*.

Os objetivos específicos que nos guiarão neste empreendimento são os seguintes:

- a) analisar as contribuições dos saberes e práticas da Psiquiatria Preventiva para a formalização do conceito de Cuidado em Saúde Mental no Brasil, marcadamente as interconexões com o conceito de Risco como probabilidade;
- b) descrever as etapas de formalização do conceito de Cuidado em Saúde Mental inseridas no processo de reforma psiquiátrica brasileiro;

- c) identificar as correntes teóricas relacionadas à sistematização de saberes e práticas sobre o Cuidado em Saúde Mental no processo de reforma psiquiátrica brasileiro;
- d) discutir o Cuidado em Saúde Mental enquanto um elemento do Dispositivo de Segurança para o controle das populações;
- e) descrever as redes de relações e saberes sobre o Cuidado que se estabelecem intra- e interagentes que compõem o campo da Saúde Mental.

No capítulo 1, intitulado “O estudo do Cuidado em Saúde Mental: percurso metodológico”, será delineado o caminho metodológico percorrido para o estudo do Cuidado em Saúde Mental, evidenciando-se como marco teórico-metodológico a Epistemologia das Ciências de Georges Canguilhem, a Arqueologia do Saber e a Genealogia do Poder de Michel Foucault e, como perspectiva analítica, as correntes sociais de abordagem sobre o Cuidado em Marie-Françoise Collière (1999; 2003) e sobre o Risco em Spink (2001, 2007, 2010, 2012). Iniciaremos apresentando o marco contextual no qual se encontra situado o problema de pesquisa anteriormente enunciado, a fim de elucidar a pertinência do recorte temporal e abordagem metodológica dessa pesquisa.

No capítulo 2, “A Biopolítica e o Cuidado em Saúde Mental”, estabeleceremos a historicidade do Cuidado em Saúde Mental a partir de autores(as) da história e da filosofia do Cuidado, para então propormos uma perspectiva de abordagem ancorada nos escritos de Michel Foucault sobre a Biopolítica e a Sociedade de Segurança, sobre a medicalização da saúde e a psiquiatrização dos comportamentos, buscando delimitar nosso referencial teórico.

Prosseguiremos na construção de argumentos teóricos sobre as possibilidades de aplicação do conceito de Risco como horizonte teórico para o estudo do Cuidado em Saúde Mental, recorrendo a autores da Sociologia (Giddens, Douglas, Beck, Guivant, entre outros) e da História e Filosofia das Ciências (Foucault, Caponi, Ceresnia, Mitjavila, Spink, entre outros).

No capítulo 3, intitulado “O Cuidado em Saúde Mental: desvendando as discursividades presentes nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental”, apresentaremos as análises das discursividades sobre o Cuidado em Saúde Mental presentes nos relatórios dessas conferências e suas transversalidades discursivas em relação à problemática do Risco.

O capítulo 4, intitulado “O Dispositivo de Segurança e o Cuidado: tecendo redes de poder-saber”, permitirá a compreensão sobre

as configurações que o Cuidado apresenta no campo da Saúde Mental, partindo-se do contexto local de um CAPS situado em um município do Nordeste do Brasil.

Por fim, no Capítulo 5, “Considerações Finais”, abordaremos, sinteticamente, os principais achados em relação ao problema de pesquisa proposto, apontando as perspectivas de estudos futuros.

1 O ESTUDO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo propõe-se a delinear um marco contextual que nos permita fazer uma retrospectiva dos movimentos de reforma psiquiátrica em nível mundial. Situando o surgimento do modo de atenção psicossocial no campo da Saúde Mental, em contraposição ao modelo hegemônico da Psiquiatria clássica, ampliaremos nossa compreensão sobre as repercussões desses movimentos na Psiquiatria brasileira. Nossa intenção é contextualizar o objeto desta pesquisa, o Cuidado em Saúde Mental, em seus aspectos históricos, políticos e institucionais, para que, num segundo momento, possamos compreender a abordagem metodológica escolhida.

1.1 OS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E A EMERGÊNCIA DO MODO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

É importante ressaltar que cada movimento reformista que passaremos a caracterizar a seguir é considerado como processual e singular, embora estejam relacionados entre si quanto a seus princípios e práticas, em maior ou menor amplitude. Amarante (1995) adverte-nos de que não devemos perder de vista a forma como, em um determinado contexto sócio-histórico, ocorrem as apropriações das demandas sociais.

Tomamos como ponto de partida um marco histórico comum entre os movimentos reformistas: o final da 2ª Guerra Mundial. Nesse momento as condições de ausência de dignidade humana oferecidas aos pacientes psiquiátricos nos hospícios tornaram-se alvo de preocupações com relação à impotência terapêutica da Psiquiatria, evidenciada pelos altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social. Isso fez surgirem movimentos de contestação do saber e práticas psiquiátricas no cenário mundial, que buscavam redimensionar seu campo teórico-assistencial (AMARANTE, 2007).

Apesar de terem sido muitas as experiências de reformas que aconteceram em vários países a partir da década de 1940, algumas foram mais marcantes e alcançaram maior grau de reconhecimento mundial. A Comunidade Terapêutica inglesa e a Psicoterapia Institucional francesa defenderam, entre outros aspectos, que o problema estaria na forma de gestão das instituições hospitalares.

A Comunidade Terapêutica (1959) foi compreendida como um “processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais [...], um

processo de horizontalidade e ‘democratização’ das relações”, segundo as palavras de seu maior expoente, Maxwell Jones, o qual considerava que todos os atores sociais exerciam papel terapêutico (AMARANTE, 2007, p. 43).

A rica experiência da Psicoterapia Institucional (1941)⁷ foi fundada pelo catalão François Tosquelles cuja contribuição mais marcante foi a busca da ampliação dos referenciais teóricos relacionados à escuta e à introdução da noção de acolhimento, “ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital”. A experiência protagonizada no Hospital de Saint Alban, no sul da França, tinha por princípio, na mesma direção apregoada pela Comunidade Terapêutica, que, no hospital, “todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade; deveriam questionar e lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações intra-institucionais” (AMARANTE, 2007, p. 44-45). Propunha, então, a transversalidade, entendida por Amarante (2007, p.45) como “o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias”.

A Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva americana defendiam que o modelo hospitalar estava esgotado e obsoleto, e por isso deveria ser substituído pela construção de serviços assistenciais onde o Cuidado fosse qualificado. Isso implicaria a redução da importância e necessidade do hospital psiquiátrico.

A Psiquiatria de Setor surgiu no fim dos anos 1950 e início dos anos 1960, no sentido de ampliar para a sociedade externa o trabalho interno ao hospital psiquiátrico, iniciado pela Psicoterapia Institucional, adotando-se medidas de continuidade terapêutica pós-alta que visavam reduzir as novas internações e reinternações. Foram, então, criados Centros de Saúde Mental distribuídos nos diferentes setores administrativos das regiões francesas, introduzindo-se na história da assistência psiquiátrica a noção de regionalização. O expoente da Psiquiatria de Setor, Lucien Bonnafé, desenvolveu, como importante inovação a qual permanece até a atualidade, que o acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser realizado por uma equipe multiprofissional e que preferencialmente deveria se dar pela mesma equipe tanto no espaço intra-hospitalar como no local de residência. A

⁷ Tomamos como referência o início da atuação de François Tosquelles no Hospital de Saint Alban, embora a expressão Psiquiatria Institucional só tenha sido cunhada por Daumazon e Koechlin em 1952.

partir dessa experiência, os profissionais de Saúde Mental, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, passariam a exercer um novo protagonismo no contexto das políticas de Saúde Mental (AMARANTE, 2007, p. 46).

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária surgiu nos Estados Unidos, por decreto do Presidente Kennedy, em 1963, motivado por um censo realizado em 1955, o qual evidenciou as precárias condições de assistência, violência e maus tratos a que estavam submetidos os pacientes nos hospitais psiquiátricos de todo o país. Além disso, ocorriam nos Estados Unidos da América (EUA) graves problemas sociais, dentre os quais a Guerra do Vietnã, o abrupto e crescente uso de drogas pelos jovens e o surgimento de gangues, que representavam uma profunda crise social, cultural, econômica e política. Nesse contexto, a apresentação desse projeto preventivista (identificado com o antigo ideal de profilaxia dos alienistas) pelo presidente Kennedy traz em si um profundo significado político, representando não apenas a tábua de salvação para as precariedades da assistência psiquiátrica como também para os problemas sociais americanos. Assim, esse modelo passa a ser difundido, por meio das organizações sanitárias internacionais, para inúmeros países subdesenvolvidos (AMARANTE, 1995).

O principal autor dessa corrente foi Gerald Caplan, que adotava uma teoria etiológica baseada no modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark. Essa teoria pressupunha uma linearidade no processo saúde-doença, bem como a evolução a histórica das doenças. Caplan defendia que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que fossem detectadas precocemente, e que toda pessoa sob a suspeição de ter ou poder desenvolver um distúrbio mental deveria ser encaminhada, à revelia de sua vontade, ao psiquiatra. Foram centrais na abordagem de Caplan a noção de prevenção, o conceito de crise relacionado às noções de adaptação e desadaptação social e o de desvio como um comportamento desadaptado à norma socialmente estabelecida, ambos oriundos das ciências sociais.

Os escritos de Caplan revelam sua íntima ligação ao eminente psiquiatra alemão fundador da Psiquiatria Preventiva moderna, Emil Kraepelin, fiel representante do positivismo e empirismo biomédico, que manteve avivados os preceitos da Teoria da Degeneração, como um eixo articulador de sua teoria sobre as doenças mentais, uma vez que considerava a hereditariedade como a primeira causa das afecções psiquiátricas, o que denominou como ‘constituição psíquica’ (CAPONI; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2013). Kraepelin vinculou as enfermidades psíquicas a fenômenos sociais amplos e diversos. Em sua eminente obra,

Sobre a questão da degeneração (1908), defendeu o efeito nocivo que a vida urbana moderna produz na Saúde Mental dos moradores das grandes cidades industriais (CAPONI, 2012). No entanto, apesar de suas acuradas histórias clínicas, a prioridade para Kraepelin era a correta classificação das diferentes categorias psicopatológicas (CAPONI; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2013).

Embora as intervenções preventivas direcionadas ao tecido social, com o objetivo de antecipar e prevenir os desvios de comportamento e patologias cerebrais, fossem apregoadas pela Psiquiatria Preventiva desde Emil Kraepelin até Gerald Caplan (principal expoente da Psiquiatria neo-kraepeliniana), essa abordagem não contribuiu decisivamente para que houvesse avanços em termos de novas terapêuticas substitutivas ao hospital psiquiátrico (CAPONI, 2012; AMARANTE, 1995)

Para uma melhor compreensão da vinculação da Psiquiatria neo-kraepeliniana à Teoria da Degeneração, é preciso analisar com parcimônia o legado de Caplan, compreendendo que seus escritos se encontram fortemente vinculados aos pressupostos degeneracionistas apregoados por Emil Kraepelin.

À primeira vista, a obra de Caplan pode deixar a impressão de que estamos tratando de um modelo de prevenção em Saúde Mental que considera não apenas o indivíduo portador da enfermidade, mas também todos os aspectos socioculturais ou a unidade biopsicossocial na produção da doença mental. Entretanto, uma análise crítica desenvolvida por Lara (2006) revelou que o indivíduo continua sendo para Caplan o *locus* da produção da saúde ou da doença, do sucesso ou do fracasso pessoal e social. O ideário de Caplan localizava o sucesso ou fracasso social numa classe específica, causadora e propagadora de distúrbios mentais e sociais, por ele designada como uma classe “desfavorecida”, num claro discurso de raízes degeneracionistas.

Se a pessoa nasceu num grupo favorecido em uma sociedade estável, seus papéis sociais e as mudanças esperadas destes ao longo de sua vida irão proporcionar-lhe oportunidades adequadas para um saudável desenvolvimento da personalidade. Se, por outro lado, a pessoa pertence a um grupo desfavorecido ou sociedade instável, poderá encontrar seu progresso bloqueado e ser privada de desafios e oportunidade. Isso terá um efeito negativo em sua

saúde mental (CAPLAN, 1980, p. 47 apud LARA, 2006).

A Psiquiatria Preventiva desenvolveu-se na década de 1960 como uma proposta de atenção comunitária e foi a geradora do conceito de desinstitucionalização, compreendida, ainda de forma bastante limitada, como um conjunto de medidas de desospitalização. Isso implicou a redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, promoção de altas hospitalares e redução do tempo médio de internação (AMARANTE, 2007). As intervenções da Psiquiatria Preventiva baseavam-se no trabalho comunitário por meio do qual as equipes de saúde exerciam o papel de consultores, assessores ou peritos, fornecendo normas e padrões de valor ético e moral sustentados pelo conhecimento científico, como também a utilização da técnica do *screening*⁸ que objetivava a identificação precoce de casos suspeitos de enfermidade em um grupo social (AMARANTE, 1995).

As propostas inspiradas no preventivismo caplaniano contribuíram para a estruturação de vários modelos assistenciais e propostas de desinstitucionalização, no entanto, contrariando as pretensões de seus fundadores, produziram um efeito totalmente iatrogênico: ao mesmo tempo em que se combateu a lógica do hospitalismo (que cria uma dependência do paciente em relação à instituição, acelerando a perda de elos comunitários, familiares, sociais e culturais, conduzindo-o à cronificação), promovendo a ampliação de rede substitutiva e da oferta de uma variedade de opções de serviços extra-hospitalares⁹, houve um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar devido à aplicação dos *screening* e outros mecanismos de captação, fazendo ingressar novos contingentes de pacientes. Assim, não havia espaço para a transferência dos egressos das internações psiquiátricas para serviços intermediários, o que resultou na permanência dos internos e, em muitos contextos, no aumento do número de internações, uma vez que o modelo asilar foi retroalimentado pelo circuito preventivista (AMARANTE, 1995).

⁸ Segundo Lancetti (1989 apud AMARANTE, 1995), o termo *screening* pode significar proteção contra ou seleção. A tradução brasileira de Caplan optou pela expressão programa de triagem, enquanto a espanhola preferiu programa de procura de suspeitos.

⁹ Tais como centros de Saúde Mental, Hospitais Dia/Noite, Oficinas, Lares Abrigados, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, dentre outros.

Dessa forma, o preventivismo representou um novo projeto de medicalização da ordem social, expandindo os preceitos médico psiquiátricos para o campo das normas e princípios sociais; uma atualização e uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, estabelecendo um *continuum* entre a política de confinamento dos loucos e a moderna promoção da Saúde Mental (AMARANTE, 1995). Nas palavras de Michel Foucault (2008), um novo modelo de gestão dos homens.

Os movimentos da Psiquiatria Comunitária, da Psiquiatria Institucional, da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva encontraram seus principais limites no avanço do modelo de gestão do Estado Neoliberal e recuo do Welfare State¹⁰, que trazia consigo a concepção de uma assistência pública. Nesse novo modelo político-econômico, o Estado deixa de ter o monopólio do bem público, passando a assumir um papel de regulador. Assim, definia as regras gerais de gestão, permitindo avançar a iniciativa privada e o modelo de associativismo em função do estímulo ao espírito de iniciativa, a fim de que a prestação de serviços pudesse se expandir para todo o tecido social. A filosofia neoliberal foi determinante para a reestruturação do campo da Ação Sanitária e Social, de forma que todos os Estados modernos se lançaram, em nome da prevenção, a prover estratégias de “detecção sistemática das anomalias e de planejamento em longo prazo das redes de especialistas no quadro de uma gestão em massa das populações” (CASTEL, 1987, p.124).

Esse modelo de “Prevenção moderna” representou a introdução do discurso da prevenção aos Riscos no campo da Psiquiatria e da Saúde Mental, temática que será abordada com mais profundidade na sequência desta pesquisa.

Numa outra direção, a Antipsiquiatria inglesa e a Psiquiatria Democrática italiana consideravam que a questão central seria o modelo científico psiquiátrico, como também as instituições assistenciais hegemônicas e, portanto, não foram consideradas experiências de reforma no sentido estrito do termo, mas sim processos de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional.

A Antipsiquiatria inglesa iniciou-se no fim dos anos 1950, assumindo maior repercussão nos anos 1960. Dentre seus maiores expoentes, destacaram-se os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper, assim como o sociólogo Erving Goffman. O significado do termo antipsiquiatria não deve ser considerado num sentido meramente

¹⁰ Estado de Bem-Estar Social

contestatário, pois, ao elegê-lo, seus idealizadores tiveram a intenção de defender a ideia de uma antítese à teoria psiquiátrica, propondo a compreensão de que a experiência patológica ocorreria não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. Consideravam que o hospital psiquiátrico reproduzia e ampliava as estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente presentes na família. Nesse sentido, o discurso dos loucos denunciava as tramas, conflitos e contradições presentes na sociedade e, portanto, a loucura deveria ser contida e combatida. Dessa forma, a Antipsiquiatria questionou fortemente o marco teórico-conceitual da Psiquiatria que se fundamentou equivocadamente no modelo de conhecimentos das ciências naturais, mais especificamente na classificação botânica de Lineu, donde se derivam as nosologias psiquiátricas (CAPONI, 2009). De acordo com Laing (1988 apud AMARANTE, 2007, p. 53), “o que é cientificamente correto pode ser eticamente errado”.

Uma importante contribuição dessa tradição teórica e política foi a ampliação da noção de desinstitucionalização¹¹, ao considerar-se que a institucionalização implicava a estigmatização e mortificação do eu, passando a se distanciar da noção de desinstitucionalização norte-americana que a considerava sinônimo de desospitalização¹².

A Psiquiatria Democrática surgiu no início da década de 1960 na cidade italiana de Gorizia, tendo como protagonistas os psiquiatras Franco Basaglia e Antonio Slavich. Na intenção de reformar o hospital psiquiátrico de Gorizia e, posteriormente, o de Trieste, inspirou-se inicialmente na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional, porém logo constatou que medidas administrativas ou de humanização não seriam suficientes para desmontar os processos de mortificação e des-historicização que tinham lugar no hospital. Passaram, então, a negar a Psiquiatria enquanto ideologia, produzindo um pensamento e prática institucionais absolutamente novos e originais voltados

¹¹ Há uma correspondência direta entre desinstitucionalizar e desospitalizar, pois os mecanismos que operam no sentido de reduzir a permanência ou o ingresso dos pacientes nos hospitais psiquiátricos e ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares, situam-se, *a priori*, em contraposição ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos (AMARANTE, 1995).

¹² Desospitalização refere-se, neste contexto, à redução gradativa do número de leitos e de internações psiquiátricas, implicando a construção de novos espaços e práticas de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (AMARANTE, 1995, 2004).

para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p.56).

A Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) introduziu os serviços substitutivos¹³ no modelo manicomial, a partir do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da implantação dos Centros de Saúde Mental que passaram a assumir a integralidade do Cuidado no campo da Saúde Mental de cada território. Isso porque considerava que a atuação no território produziria a reconstrução das formas como as sociedades lidam com as pessoas em sofrimento psíquico. Manteve, portanto, das propostas da Comunidade Terapêutica e da Psiquiatria de Setor o princípio da democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade (AMARANTE, 1995, 2007).

A PDI constituiu-se ainda importante movimento político-social e teve como grande mérito a denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional, desconstruindo o discurso de que se tratasse apenas de um problema dos técnicos em Saúde Mental. Empreendeu alianças com forças sindicais, políticas e sociais, trazendo “ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça” (AMARANTE, 1995, p. 48). A crítica social basagliana fundamentava-se na relação de dependência entre Psiquiatria e justiça, na origem de classe das pessoas internadas e na não neutralidade da ciência, o que levou Amarante (1995, p. 49) a afirmar que o projeto de transformação institucional de Basaglia foi, essencialmente, “um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais”. Para esse autor, a PDI rompeu radicalmente com o saber e a prática psiquiátrica, tanto em relação à Psiquiatria

¹³ Na continuidade do texto desta tese, o termo ‘substitutivo’ será utilizado para significar o conjunto de estratégias e serviços de saúde criados para tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, não apenas de forma paralela, mas prioritariamente simultânea ou alternativa às mesmas (AMARANTE, 1995).

clássica (o dispositivo de alienação), quanto em relação à nova Psiquiatria (o dispositivo de Saúde Mental).

A PDI estava comprometida com um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes, práticas e discursos que contribuíssem para a objetivação da loucura e sua redução à doença. No contexto da PDI, desinstitucionalizar não se restringia ou se confundia com desospitalizar, mas significava “entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos” (AMARANTE, 1995, p. 49).

A PDI foi referendada como movimento político pela revogação da legislação psiquiátrica vigente desde 1904 e promulgação da Lei nº 180, denominada Lei Basaglia, em 13 de maio de 1978. A experiência da reforma italiana demonstrou ser possível a constituição de uma rede de atenção que ofereça e produza Cuidado, além de novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica. Outras estratégias para inclusão social presentes na experiência italiana foram as cooperativas de trabalho, a construção de residências para os ex-internos, entre outras formas de participação e produção social (AMARANTE, 1995, 2007).

1.2 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRO

Ao longo do século XIX, até a década de 80 do século XX, foi hegemônica, no Brasil, a oferta da atenção psiquiátrica hospitalar, especializada, curativa e fragmentada, nos centros metropolitanos, num contexto de aprofundamento da divisão social do trabalho na saúde e de consolidação do modo de produção capitalista (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2005).

O modelo assistencial psiquiátrico brasileiro, implantado no século XIX, foi importado da experiência francesa e, desde o princípio, hospitalocêntrico, numa sociedade colonial, rural e escravocrata, de economia agroexportadora, portanto, em circunstâncias históricas bem distintas da realidade europeia do século XVIII. Existiam demandas pela intervenção estatal na questão da loucura, oriundas de três argumentações: 1) social: o louco punha em risco a ordem pública e a paz social; 2) clínica: o movimento médico higienista, em nome de princípios humanitários e da higiene pública, denunciou os maus-tratos a que eram submetidos os loucos nas cadeias públicas, reivindicando para si o monopólio da cura e tratamento; 3) caritativa: as irmandades

religiosas pleiteavam a tutela dos loucos em função de aliviar seus sofrimentos (ROSA, 2008).

No Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980, quando, por força do esgotamento do regime militar, a sociedade civil se reorganizou, lutando por direitos civis, políticos, trabalhistas e sociais, pelo Estado de Direito e pela democratização, surgiu o movimento de Reforma Sanitária, que lutou pela garantia do direito universal à saúde. Paralelamente, emergiu o movimento de Reforma Psiquiátrica¹⁴, introduzindo o debate europeu sobre a ressignificação da loucura e a reforma do modelo asilar hospitalocêntrico.

Nos últimos anos da década de 1970, formou-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passou a protagonizar os anseios e iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica. Além de denúncias contra o modelo de assistência psiquiátrica oficial privatizante e hospitalocêntrico, o MTSM identificou a necessidade de transcender as propostas reformistas eminentemente técnicas que marcaram a década de 1960. Elaborou uma crítica ao saber psiquiátrico, resultando num profícuo protagonismo social e na emergência de uma produção teórica inovadora no campo da Saúde Mental, com fortes influências do reformista italiano Franco Basaglia (AMARANTE, 1996).

O período ditatorial adiou por mais de 20 anos os avanços propostos pela III Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963, que apontava a municipalização das ações de saúde como eixo norteador das políticas de saúde. O objetivo central de uma conferência é o de estabelecer, pelo mecanismo democrático do debate e confronto de opiniões, uma nova diretriz para uma determinada área. No Brasil, a possibilidade de realização plena desse tipo de encontro só se fez presente a partir do final do período ditatorial (BRASIL, 2001).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, delineou os princípios de construção do Sistema Único de Saúde, abrindo as portas para que fosse realizada, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Como resultado dos debates no âmbito desta conferência de saúde mental, o movimento reformista brasileiro abandonou a especificidade de um Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental para se tornar um movimento social pela reforma psiquiátrica, compondo a estratégia “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O intuito era estimular que a sociedade se

¹⁴ A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil encontra-se descrita em detalhes em Amarante (1995).

comprometesse com as iniciativas de desinstitucionalização, introduzindo na sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a Psiquiatria e os manicômios (AMARANTE, 1995, 1996).

A consagração do enunciado “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, no texto da Constituição Federal do Brasil, de 1988, assim como a definição dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), representaram um cenário privilegiado para a implementação de transformações efetivas na área de Saúde Mental. Embora o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro prosseguisse sob fortes debates que reivindicavam uma atenção à Saúde Mental integral, comunitária, contínua e participativa, no início da década de 1990 a assistência psiquiátrica prestada no Brasil era de má qualidade e o hospital psiquiátrico ainda detinha papel hegemônico no conjunto dos serviços de Saúde Mental (ALVES et al., 1994).

Em 1991, foi regulamentada a Política Nacional de Saúde Mental por meio das Portarias nº 189/91 e nº 224/92, que definiram claramente a integralidade como componente obrigatório dessa política. Em 7 de agosto de 1992 foi aprovada a Lei 9.716, que se engendrou em discussões e encaminhamentos no sentido de que pessoas com sofrimento psíquico deveriam ser compreendidas e atendidas de outro modo, diferente do modelo tradicionalmente desenvolvido. Essa proposta estruturou-se em seis pontos básicos, a saber: municipalização, participação social, preservação dos direitos da cidadania do doente mental, reestruturação da atenção psiquiátrica e integração da Saúde Mental ao sistema sanitário de saúde geral e aos serviços sociais (BRASIL, 2005).

Nos seus aspectos operacionais, estabeleceu a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada, composta por serviços assistenciais de atenção primária e social, comissões de reforma psiquiátrica e medidas relacionadas à internação voluntária e involuntária. O processo de reforma psiquiátrica brasileiro, ora em construção, com seus novos dispositivos de assistência e serviços substitutivos, pressupunha outra postura ética e política. Rompeu com o modelo asilar e buscou garantir que o louco pudesse ser compreendido e atendido como um sujeito, cuja cidadania não fosse mais tutelada e regulada (BRASIL, 2005).

Em dezembro de 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que buscou referências, entre outros, nos compromissos firmados pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, em 1990. Mediante amplo processo democrático, os debates se desenvolveram em

torno dos marcos conceituais da atenção integral e da cidadania (BRASIL, 1994).

Em seu relatório final, recomendou mudanças no modo de pensar sobre a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, não se restringindo ao seu diagnóstico. Defendeu-se que a atenção integral em Saúde Mental deveria propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partissem de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, nos diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção, quais sejam: o educativo, o assistencial e o da reabilitação (BRASIL, 1994). Nessa Conferência, como podemos perceber, foram reiterados os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira.

No entanto, de 1992 a 2000, o processo de expansão dos serviços substitutivos foi descontínuo. Embora as novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992 regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíram uma linha específica de financiamento para sua implantação (BRASIL, 2005).

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216, proposta pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), determinando que o governo federal assumisse como política pública a defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. O governo federal, embora não se comprometesse totalmente com o fechamento dos manicômios, propôs-se a redirecionar o modelo assistencial em Saúde Mental. Essa lei permitiu que os serviços substitutivos fossem implementados com os recursos financeiros das Autorizações de Internações Hospitalares e o reordenamento institucional passou efetivamente a ser implantado nos Estados da federação (BRASIL, 2005).

Vemos, então, que a Lei nº 10216/2001 reorientou o modelo de atenção à Saúde Mental brasileiro e resultou em reais possibilidades para a implantação de serviços de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, de base comunitária, evitando as internações hospitalares e favorecendo o exercício da cidadania, a inclusão social dos usuários e a manutenção do vínculo familiar (PESSOTTI, 1994 apud KANTORSKI, 2006).

Foi a partir de sua promulgação e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no final de 2001, que a política de Saúde Mental brasileira, alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica, passou a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos

mecanismos foram criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir daí, a rede de atenção comunitária à Saúde Mental experimentou uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalocêntrica (BRASIL, 2002).

Outros avanços foram impulsionados, a exemplo do processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas pela criação do Programa “De Volta para Casa”¹⁵; da instituição de uma política de recursos humanos e de uma política para enfrentamento da questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2005).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) foi realizada em 2010. Desde 1987, quando foi realizada a I CNSM, essas conferências têm-se apresentado como um relevante dispositivo de contribuição ao debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS.

Os debates empreendidos durante a IV CNSM-I permitiram-nos caracterizar alguns elementos constitutivos deste campo. Mereceu destaque a ampliação e difusão territorial de novos serviços de atenção à Saúde Mental, com inserção de amplo contingente de trabalhadores nas atividades profissionais e no ativismo político do campo, em um contexto de terceirização e precarização do emprego. No entanto, a expansão de serviços públicos de Saúde Mental não foi acompanhada pela necessária capacitação de profissionais de saúde para o trabalho em Saúde Mental, gerando carência de profissionais, principalmente psiquiatras (BRASIL, 2010).

Em face desse contexto, as novas características do trabalho e da tecnologia em Saúde Mental no SUS repercutiram na organização e representação política de um segmento dos médicos brasileiros em defesa do modelo biomédico na Psiquiatria, com novas exigências corporativistas, empreendendo forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica (BRASIL, 2010).

¹⁵ O Programa de Volta para Casa regulamenta o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora da unidade hospitalar. Ele é voltado para pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Ao mesmo tempo, houve uma diversificação do movimento antimanicomial, uma participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares, bem como a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais. Outro grande desafio foi o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do *crack* no país, com enormes repercussões políticas. Isso gerou significativas pressões e demandas de alguns setores pela internação hospitalar compulsória, opondo-se ao processo de desmanicomialização em curso no Brasil (BRASIL, 2010). Percebe-se, assim, “um cenário distinto do que ocorreu nas conferências nacionais anteriores, em que a coesão política no interior do campo da Saúde Mental era muito maior” (BRASIL, 2010, p. 8).

É interessante notar que, entre as CNSM, sucederam-se intervalos desiguais: a I CNSM ocorreu no ano de 1987; a II CNSM, em 1992; a III CNSM, em 2001 e a IV CNSM-I em 2010. Todas as CNSM, embora tivessem o apoio do Ministério da Saúde para sua realização, foram “convocadas” (estimuladas, exigidas) pelos atores sociais militantes do movimento antimanicomial. Esses aspectos indicam ser o MRPB um processo social complexo, não linear, dialético, diacrônico, que abriga interesses e linhas ideológicas conflitantes, não consensuais.

Em 2011, o Decreto nº 7508 regulamentou a Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Determinou a obrigatoriedade da instituição de Regiões de Saúde pelo Estado em articulação com os municípios, como referência para a transferência de recursos entre os entes federativos. Para que fossem instituídas, essas regiões deveriam promover, além de outras ações, a atenção psicossocial como uma das portas de entrada ao acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde. Dada a magnitude da importância desse decreto para a gestão e consolidação do SUS, consideramos de elevada relevância a forma como a atenção psicossocial foi contemplada (BRASIL, 2011).

É a partir desses cenários político-sociais, muitos deles ainda bastante recentes, que vem se constituindo o processo de ruptura com a concepção biologicista e fragmentária do processo saúde-doença mental, defendida pela Psiquiatria, e a busca pela compreensão desse processo enquanto um *continuum*, a partir de categorias explicativas sociológicas. Pode-se, então, dizer que a instituição do movimento de reforma psiquiátrica, no ano de 1979, foi o momento inaugural da Saúde Mental, enquanto campo conceitual das ciências sociais, humanas e da saúde no Brasil (COSTA-ROSA, 2000; STROILI, 2002).

1.3 REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Recorremos ao pensamento de Braitenbach (2006), para lembrar que, a partir do processo de reforma psiquiátrica emergiram as condições de possibilidade para debates pautados na interdisciplinaridade, para um novo arcabouço de ideias, reflexões, práticas e questionamentos. Assim, considerando-se a inversão paradigmática proporcionada por esse movimento, tornou-se necessário trabalhar com o conceito de reabilitação psicossocial, possibilitando a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental e a (re)construção de práticas voltadas à subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

Tomando como referência Franco Rotelli, sucessor de Basaglia e uma forte expressão do ideário da PDI, poderemos pensar o campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial como um processo social complexo que enseja novos elementos e novas situações, sempre dinâmicas. Novos atores sociais, com novos, e quase sempre conflitantes, “interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social”, produzindo “pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões” (AMARANTE, 2007, p.63).

No entanto, para Kantorski *et al* (2006), o sofrimento psíquico encontra na atualidade o espaço social do contraditório, uma vez que a sociedade é ainda influenciada por concepções clássicas sobre a loucura. Descaracteriza-se um processo social complexo quando, para alguns atores sociais, a reforma psiquiátrica é entendida como sinônimo de simples reformulação técnico-assistencial, capsização do modelo assistencial e inampsização do modelo de financiamento (AMARANTE, 2003 apud BUENO; CAPONI, 2009).

É preciso demarcar um posicionamento político, construir novos princípios científicos e refletir sobre os modelos teóricos apresentados pela Psiquiatria, não os difundindo sem uma reflexão crítica, a fim de que não se cometam atos iatrogênicos e discriminatórios.

Nessa perspectiva, propomo-nos a refletir sobre algumas contradições identificadas na rede de serviços substitutivos, a partir de pesquisas publicadas por outros autores, buscando problematizar os aspectos limitantes do processo de Cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil.

Em pesquisa realizada com a equipe multiprofissional de um CAPS da Cidade de Niterói – RJ, com o objetivo de analisar as

atividades propostas pelo serviço aos usuários, Tavares (2003) identificou que, das tecnologias de Cuidar desenvolvidas no CAPS, as que ocorriam com maior frequência eram “atividades que indicam que a prática de Cuidar ainda é influenciada pelo modelo tradicional de atendimento” (TAVARES, 2003, p.345). Para o autor,

[...] embora exista uma mudança na relação dos usuários com o serviço, fazendo-os sair de sua posição passiva e passando-os para uma condição mais ativa, as atividades desenvolvidas no serviço voltadas para a medicalização e atendimento individual superaram muito, a oferta de tecnologias geradoras de maior autonomia do usuário (TAVARES, 2003, p.349).

Martins e Amarante (2008) realizaram uma investigação em CAPS no município do Rio de Janeiro, com o objetivo de verificar a forma como se organiza o cotidiano desse serviço e as possibilidades de suas ações, e observaram que as atividades encontravam-se centradas na clínica tradicional, de forma que a temática da atuação territorial estava pouco presente nas discussões dos técnicos e no cotidiano do serviço. Esses autores sugeriram que o CAPS se coloca como um serviço que convive com o manicômio e o realimenta. É justamente essa discussão política e estratégica da relação com o território que se encontra ainda pouco presente no entendimento do papel do CAPS, que atua como intermediário na relação com o hospital psiquiátrico, pois

da arquitetura hospitalar, que exerce seu poder de controle e de formação de corpos dóceis pela anulação das possibilidades de existência própria, ao espaço aberto do território, o tema ainda é a convivência com um poder invisível e onipresente, e a ampliação da capacidade de singularização de pessoas e de grupos (MARTINS; AMARANTE, 2008, p.106).

Em estudo realizado por Kirschbaum (2009), com o objetivo de identificar as características do processo de trabalho da Enfermagem em um CAPS, a autora evidenciou a coexistência de conceitos diferentes, e até contraditórios, sobre o sofrimento psíquico e sobre o sujeito, que dão

base à prática clínica, aos recursos terapêuticos e modelos tecnológicos. A autora ressaltou que a compreensão da equipe de Enfermagem sobre seu papel no serviço de Saúde Mental conservava elementos da concepção introduzida, no século XVIII, pelo tratamento moral fundado por Pinel.

Sabe-se que o objetivo de oferecer um atendimento singularizado, baseado na clínica ampliada e na reabilitação psicossocial, comprometidos com o desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida dos usuários, da família e da comunidade, deveria implicar a revisão dos instrumentos de trabalho da Enfermagem. Se no modelo asilar esses instrumentos fixavam-se na vigilância, no disciplinamento e na tutela, deveriam ser substituídos, no novo contexto, pela escuta, acompanhamento terapêutico, grupos operativos e oficinas, na atenção diária por plantão, seja coletiva ou individualmente, e ainda, pelas atividades de referência, pautadas na singularização da atenção, mediante a elaboração de um projeto terapêutico individual (KIRSCHBAUM, 2009).

No contexto deste estudo, a autora identificou que o Cuidar era concebido como “acolher com garantias”, tendo como objeto o homem concebido como ser biopsicossocial, embora prevalecesse sua dimensão biológica. Para Kirschbaum (2009, p. 6), é perfeitamente possível, “ao contrário do que se poderia esperar, a convivência de duas perspectivas de realização do Cuidado, que poderiam ser consideradas inconciliáveis ou contraditórias num trabalho em Saúde Mental, se levados em conta os saberes que basearam a sua construção”.

Na pesquisa de Martinhago e Oliveira (2012) sobre a percepção dos profissionais com relação à sua prática nos CAPS II do Estado de Santa Catarina, os autores identificaram que, em situações de crise, a prática predominantemente adotada seguia o modelo clássico da Psiquiatria, centrado no controle dos sintomas, vinculado ao controle do sujeito, à contenção, à medicação e, principalmente, à internação em hospitais. Para esses autores, as equipes de Saúde Mental são induzidas a trabalhar no limiar da institucionalização, uma vez que os usuários não dispõem do suporte necessário para progredir no processo de aquisição de autonomia (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Prosseguindo nessa reflexão, Caponi (2009) propõe-nos a seguinte questão: estariam sendo reproduzidas as relações de poder na relação médico-paciente que marcaram o surgimento da Psiquiatria, ampliadas agora para a relação equipe de saúde-usuário no CAPS? Partindo dessa problematização, defendemos uma nova epistemologia para o Cuidado em Saúde Mental, que se oponha a quaisquer estratégias

de poder-saber autoritárias e impositivas que contribuam para a perpetuação da concepção de loucura defendida pelo iluminismo.

Nesse sentido, Foucault (1984, p. 349) discute que uma das grandes esperanças do século XVIII esteve depositada no crescimento simultâneo e proporcional da capacidade técnica de agir sobre as coisas e da liberdade dos indivíduos. Se a modernidade trouxe consigo a constatação de que diversas formas de relações de poder são veiculadas pelas tecnologias, devemos estar atentos ao fato de que o crescimento das capacidades deverá implicar uma intensificação das relações de poder.

O autor propõe o estudo das formas de racionalidade que organizam as maneiras de fazer (aspecto tecnológico) e a liberdade com a qual a ação se dá nesses sistemas práticos, gerando reações ao que os outros fazem e modificando as regras do jogo. É preciso analisar a especificidade de três domínios sistematicamente interligados: o eixo do saber, o eixo do poder e o eixo da ética, numa ontologia histórica de nós mesmos (FOUCAULT, 1984, p. 349).

Nessa perspectiva, ocorre-nos perguntar: Como nos constituímos sujeitos de nosso saber enquanto cuidadores em Saúde Mental? Precisamos investir numa epistemologia do Cuidado em Saúde Mental, que considere a saúde como um processo de produção social, a partir de determinantes e condicionantes sociais, econômicos, culturais, ideológicos e psicobiológicos, portanto, multicausal. É preciso aproximar-nos de uma perspectiva na qual o ser que cuida perceba o outro ser “Cuidado” na relação de alteridade, como ser humano dotado de incompletudes, porém, antes e acima de tudo, de potencialidades e de possibilidades (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Como nos constituímos como sujeitos que exercem ou sofrem as relações de poder? Se tomarmos como ponto de partida a concepção de Foucault (1999, p. 35) sobre o poder como “algo que circula [...] que só funciona em cadeia [...], que se exerce em rede, onde os indivíduos estão sempre em posição de ser submetidos ao poder e também em posição de exercê-lo[...]”, como entender a construção da subjetividade dos sujeitos envolvidos no Cuidado em Saúde Mental?

É indubitável que, nos cenários que compõem a rede de atenção em Saúde Mental, haja relações de poder envolvendo os profissionais e as pessoas em tratamento, suas famílias e sua comunidade. Para Foucault (1984), não devemos ver as relações de poder como uma coisa má, da qual devêssemos nos libertar. Precisamos “tentar dissolvê-las, [...] impor regras de direito, técnicas de gestão e também a moral, o

êthos, a prática de si, que permitirão, nesses jogos de poder, jogar com o mínimo possível de dominação” (FOUCAULT, 1984, p. 284).

O problema seria, então, saber como evitar que, nessas práticas, nas quais o poder não pode deixar de ser exercido, perpetuem-se os efeitos de dominação que farão a pessoa em sofrimento psíquico continuar tutelada de forma autoritária, arbitrária e inútil ao profissional de saúde.

E por fim, como nos constituímos como sujeitos morais de nossas ações?

[...] Em que medida o que sabemos, as formas de poder que se exercem e a experiência que fazemos de nós mesmos constituem apenas figuras históricas determinadas por uma certa forma de problematização, que definiu objetos, regras de ação, modos de relação consigo mesmo? (FOUCAULT, 1999, p. 350).

É possível pensar num processo de Cuidar em Saúde Mental no qual possamos desconstruir o “hospital”, de forma que o “manicômio” não determine o que somos, como nos relacionamos e como agimos? É preciso ampliar os pressupostos da desospitalização e da desinstitucionalização, marcos do movimento de reforma psiquiátrica, não incorrendo no equívoco de concebê-los apenas organizacionalmente, mas também como referencial ético para nossas ações (WILLRICH et al., 2011).

Sobre essa questão, Foucault (1984, p. 279) nos ajuda a considerar que, no pensamento político do século XIX, e mesmo em Rousseau e Hobbes, “o sujeito político foi pensado essencialmente como sujeito de direito, quer em termos naturalistas, quer em termos do direito positivo”, mas, em contrapartida, “parece que a questão do sujeito ético” não teve o mesmo espaço no pensamento político contemporâneo.

Embora possamos considerar que o campo da Saúde Mental possui suas especificidades e desafios particulares, não podemos deixar de inserir o panorama de contradições anteriormente exposto, num contexto mais amplo do campo da Saúde no Brasil. Os serviços de saúde do SUS vêm enfrentando dificuldades relativas ao processo de transformação das práticas de saúde, diante da contradição existente entre o paradigma biologicista, centrado na doença, na atenção individual e na atenção hipertecnista, ainda dominante em alguns

contextos, e o paradigma da construção social da saúde, fortalecido por meio das ações de promoção da saúde, nos atos e na autonomia crescente dos sujeitos sociais.

Para contribuir com o enfrentamento dessa complexa questão, foi elaborada em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH), cujo marco teórico-político configurou-se em torno das práticas de humanização da atenção e gestão como uma dimensão fundamental do sistema de saúde. Segundo Passos (2006 apud BREHMER; VERDI, 2010, p. 3570), essa política se propõe

a fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos dispositivos da política é o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas.

Admitindo que os construtos em torno da PNH constituam-se em importante referencial ético-filosófico para a reflexão e adoção de novas práticas terapêuticas no campo da Saúde Mental, é preciso que nos apropriemos da concepção de Clínica Ampliada como uma diretriz na construção da rede de atenção psicossocial, reforçando o compromisso com o sujeito e seu coletivo e a corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Faz-se mister estimular que os profissionais de saúde respaldem suas vivências em referenciais epistemológicos que permitam tornar mais próximas, concretas e sensíveis atitudes solidárias junto à pessoa em sofrimento psíquico, traduzidas no respeito para com a sua experiência diferente; na compreensão dessa pessoa como sujeito ético, histórico e subjetivo; na aceitação do que ela diz e vive, de seus limites e possibilidades.

Precisamos investir num Cuidado que reabilite as tecnologias leves, as quais podem ser compreendidas e utilizadas pelas pessoas e se adaptem às suas necessidades reais. É necessário, então, denunciar o crescimento exacerbado de tecnologias pesadas, representadas pelos insumos da indústria farmacêutica, estimulando tudo o que há de potencial de vida e de autonomia (COLLIÈRE, 1999). “Cuidado que

não exclua, violento ou discrimine os sujeitos, mas que construa possibilidades para a valorização de seus desejos e projetos”, que contribua para a construção de novos sentidos para a loucura e para a crise, que não seja o da exclusão, “mas firmados numa postura ética e solidária” (WILLRICH et al., 2011, p. 56). Cuidar, nessa acepção, precisa voltar a ser: “ajudar a viver” (COLLIÈRE, 1999, p. 174)¹⁶.

É preciso, no entanto, sermos críticos em relação à proposição de que, para o desenvolvimento de práticas de Cuidado, os grupos profissionais devam se desterritorializar e se deixar circunscrever pela lógica global do campo da saúde (MERHY; AMARAL, 2007); devam ainda utilizar sistemas compartilhados e homogêneos de registros do andamento e evolução das intervenções (THORNICROFT, 2009 apud BARROS, 2010).

Buscamos respaldo em Amarante (2007) para problematizar que o fato de o modo psicossocial propor, dentre outras coisas, um organograma horizontal quanto à organização institucional, de forma que seja superada a lógica presente no modo asilar, onde o fluxo dos poderes decisório e de coordenação se dava verticalmente, não significa menosprezar a importância específica que cada área deve continuar tendo no exercício das novas práticas de Cuidado em Saúde Mental, enfatizando-se inclusive a necessidade de pesquisas nos respectivos campos.

É, portanto, na construção do projeto terapêutico individual que se deve fazer a síntese e articulação das competências genéricas, ou seja, aquelas que qualquer profissional enquanto agente no processo de Cuidado no campo da saúde possuirá, e as específicas, aquelas pertencentes ao seu núcleo profissional (MERHY; AMARAL, 2007; BARROS, 2010).

Por outro lado, sem um processo coletivo de elaboração dos projetos terapêuticos singulares dos usuários dos serviços substitutivos em Saúde Mental, incorremos no erro de retroalimentar a lógica da divisão social do trabalho no campo da saúde, reforçando a hierarquização das relações devido à qual o saber médico impera sobre outros saberes, que cumprem um papel secundário. Dessa forma, reproduz-se a divisão típica do modo capitalista de produção. Se a

¹⁶ Posição defendida pela corrente de valorização dos Cuidados centrada na saúde. Essa abordagem dos Cuidados estimula à criatividade, a invenção, a coparticipação tanto de quem cuida como de quem é cuidado; atenua os fenômenos de dependência e modifica as relações interpessoais em nível da equipe de Cuidados (COLLIÈRE, 1999).

consulta do psiquiatra for tomada como a atividade prioritária e essencial, resultará numa agenda exagerada, atendimentos de curta duração visando à produtividade, medida pelo número de consultas médicas realizadas (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Deve-se investir na estruturação do processo de trabalho em Saúde Mental de forma que o saber médico deixe de ser estruturante para o trabalho dos demais membros da equipe de saúde, assumindo sua importância na medida em que seja capaz de se colocar em diálogo com os demais campos disciplinares (TAVARES, 2005).

Além de nossa preocupação com a centralidade da consulta médica, a mesma crítica deve ser feita a consultas ou atividades envolvendo outros profissionais da equipe multiprofissional que contribuam para a repetição dos modelos tradicionais de atendimento: o psicólogo que repete o modelo da prática liberal típica, geralmente, atendendo individualmente, o que gera uma longa lista de espera; as atividades em grupos de orientação, coordenados pelo enfermeiro ou assistente social, com conotação pedagógica apenas, o que negligencia na maior parte das vezes as demandas subjetivas específicas dos sujeitos (SAMPAIO et al., 2011).

Nessa perspectiva, o investimento em novos construtos teórico-metodológicos para o Cuidado em Saúde Mental deve estar pautado em referenciais epistemológicos que possam respaldar o Cuidado, ampliando e enfatizando sua cientificidade, sem, no entanto, se distanciar de seus atributos ético-sociais e humanísticos indispensáveis.

Diante da problematização aqui estabelecida, fica evidente para nós o questionamento sobre as reais contribuições que podemos extrair da noção de Cuidado no campo da Saúde Mental na atualidade. A que acepção de Cuidado estamos nos referindo? Que Cuidado é esse sobre o qual recorrentes vezes lemos nos documentos norteadores da Política de Saúde Mental? Como esse conceito se configurou desde sua incorporação ao campo da Saúde Mental no Brasil? Em que medida o Cuidado em Saúde Mental tem contribuído para a consolidação do modo de atenção psicossocial no Brasil? São essas questões que nos saltam aos olhos no processo reflexivo que a pesquisa suscita.

Ainda que de forma bastante introdutória, refletimos sobre os desafios de se constituir uma base conceitual que esteja de acordo com um processo de Cuidado construído conforme o modo de atenção psicossocial, inserida no contexto mais amplo da política de Saúde Mental brasileira. Passaremos, então, a compor nosso referencial teórico-metodológico, buscando os fundamentos e estratégias que permitirão estudar as implicações do Risco para o estudo do Cuidado em

Saúde Mental, como uma perspectiva analítica que pretendemos aprofundar em nosso estudo.

1.4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Tomaremos como ponto de partida para nossas análises a História das Ciências segundo Georges Canguilhem (1977, 2011) e a Arqueologia do Saber de Michel Foucault (2012). Pretendemos descrever a “filiação do conceito” de Cuidado ao longo do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, analisando quais são seus marcos epistemológicos, os saberes e as estratégias discursivas que permitiram uma determinada configuração para operar no campo da Saúde Mental e em que medida se encontra transversal às discursividades sobre o Risco em saúde.

Canguilhem (2011) nos adverte sobre os riscos de sobrepor a história das ideias à história das ciências, ressaltando que, sendo os cientistas homens e mulheres de seu tempo e, por isso, não permanecendo restritos ao ambiente científico, a história das ciências não pode negligenciar a história das ideias. Sua obra *O Normal e o Patológico* nos apresenta uma riqueza de problematizações, a partir das quais podemos concluir que a história dos conceitos está impregnada pelas condições históricas e sociais em que são formulados, mediante julgamentos de valor e influências teóricas diversificadas. Nessa perspectiva, que se opõe à simples decomposição e encadeamento de conceitos e teorias, importa a filiação dos conceitos, o desvelar sua história, como e quando foram formados, passando a ser incorporados pela prática de uma sociedade.

Pierre Macherey, no posfácio à obra *O normal e o patológico*, distingue dois momentos essenciais na formação de um conceito: o momento do seu nascimento e o momento em que recebe sua consistência (CANGUILHEM, 2011). Quanto ao seu nascimento, os conceitos não são dados de maneira eterna, mas estão relacionados ao surgimento de modos de pensar, independentemente da elaboração teórica, pois as teorias podem coincidir e coexistir em relação ao conceito, mas não o determinam completamente.

Um conceito, ao contrário do que podemos supor, “não exige [...] um pano de fundo teórico predeterminado”, sendo necessário descrever as condições que possibilitaram o seu nascimento. Um conceito inicia por uma palavra ou definição, que permite identificá-lo, tendo, portanto,

um caráter discriminatório. Para o estudo de um conceito, da origem dele, é necessário apreender sua linguagem e seu campo prático, as condições práticas de sua produção, o que permite medir a exata profundidade de um campo científico. “A linguagem é mais do que um meio na gênese do pensamento científico”, pois a palavra é a condição que garante as transposições de sentido, permitindo a passagem do conceito de um domínio a outro (CANGUILHEM, 2011, p. 258-261).

Os apontamentos metodológicos de Pierre Macherey sobre a história dos conceitos nos remetem a pensar que Cuidado em Saúde Mental, uma vez formulado como conceito, esteja aberto a uma amplitude de sentidos, dependendo do contexto histórico e social em que esteja operando, o que lhe permite se aventurar na passagem de um contexto teórico a outro.

Por outro lado, se nos reportamos a Michel Foucault em sua obra *A Arqueologia do Saber* (2012), devemos considerar que o Cuidado nem sempre foi um conceito ou mesmo um conhecimento. Desde um tempo longínquo na história da humanidade, o Cuidado operou na forma de saberes diversificados que detinham uma função social bastante específica, relacionada à manutenção da sobrevivência da espécie humana, conforme discutiremos no capítulo 3, partindo dos escritos de Marie-Françoise Collière (1999).

Ante o exposto, admitimos ser necessário considerar o Cuidado, no contexto do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, como um enunciado, um acontecimento, uma positividade. Embora não estivesse atrelado especificamente a nenhuma disciplina ou ciência, o Cuidado serviu de enunciado numa teia de relações e hierarquias que pretendemos desvendar, podendo ser analisado enquanto uma positividade. É possível, então, demonstrar a que conjunto de práticas discursivas pertence e segundo que regras essas práticas discursivas formaram “grupos de objetos, conjuntos de enunciações, jogos de conceitos e séries de escolhas teóricas”. Como um enunciado compondo uma determinada prática discursiva, o Cuidado poderá compor um determinado discurso científico, podendo ser considerado um saber (FOUCAULT, 2012, p. 218).

As afirmações de Foucault (2012) sobre os saberes são bastante esclarecedoras no momento em que nos dedicamos a estabelecer um percurso metodológico por meio do qual possamos testar nossas hipóteses de pesquisa. Para o autor, um saber é

o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso [...]; um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam [...]; finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (FOUCAULT, 2012, p.220).

Se não existe saber sem uma prática discursiva definida, como também toda prática discursiva forma um determinado saber, decidimos percorrer o eixo “prática discursiva” do saber-ciência, procurando compreender as circunstâncias em que o Cuidado, enquanto um saber, foi apropriado pelo campo da Saúde Mental. Interessa-nos compreender também se esse saber esteve sob a influência de uma determinada ideologia, por exemplo, sob as ideologias próprias da Sociedade do Risco e da Segurança, e mais, se esse saber assumiu um *status* e um papel na ciência, perseguindo algum grau de cientificidade (FOUCAULT, 2012).

Na perspectiva da Arqueologia do Saber, não seria viável (e nem será nosso objetivo nesta pesquisa) estabelecer um retorno “ao momento fundador em que a palavra não estava ainda comprometida com qualquer materialidade”, ao momento da origem. Ao contrário, o que nos interessa são os fenômenos de recorrência, isto é, o campo de elementos antecedentes de um enunciado, em relação aos quais se situa, mas que tem o poder de reorganizar e de redistribuir segundo novas relações (FOUCAULT, 2012).

Não significa dizer que os sistemas de formação, enquanto conjunto de regras para uma prática discursiva, sejam estranhos ao tempo, pois uma formação discursiva não congela o tempo por décadas e séculos, ao contrário, as formações discursivas determinam uma regularidade própria de processos temporais, não se tratando de uma forma atemporal, mas de um esquema de correspondência entre diversas séries temporais. Portanto, é possível e necessário estabelecer períodos enunciativos que em sua cronologia possam articular o tempo dos conceitos, as fases teóricas, os estágios de formalização e as etapas de formação linguística, sem, no entanto, se confundir com eles e distanciando-se de uma história de continuidades e linearidades (FOUCAULT, 2012).

Nesse sentido, é possível perguntar sobre que dimensões pré-discursivas foram determinantes para que, a partir do início do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, o Cuidado em Saúde Mental pudesse se converter em um enunciado para então ser incorporado às práticas discursivas no campo da Saúde Mental. O movimento de reforma psiquiátrica produziu as condições para que pudessem emergir discursividades sobre o Cuidado em Saúde Mental? Que relações de poder-saber se constituíram em torno das práticas de Cuidado em Saúde Mental?

A partir dessas indagações, delineamos um estudo descritivo, exploratório, de análise qualitativa, desenvolvido em duas etapas. A primeira constituiu-se da análise documental retrospectiva de fontes históricas (relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental [CNSM], artigos científicos, dentre outras), na perspectiva da Arqueologia do Saber de Michel Foucault. Essa parte permitiu descrever os marcos epistemológicos e as estratégias discursivas relativos à noção de Cuidado. A segunda etapa – de observação participante e entrevistas semiestruturadas realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – representou o componente genealógico de nossa pesquisa, possibilitando a análise das relações de poder-saber referentes às práticas de Cuidado em Saúde Mental.

A trajetória dos estudos de Michel Foucault articulou magistralmente a Arqueologia do Saber e a Genealogia do Poder, sob o signo das problematizações. Partindo da análise das “compatibilidades e incompatibilidades entre saberes a partir da configuração de suas positividades”, apresentou-se a perspectiva de analisar os saberes e as condições de possibilidade a eles imanescentes, que os articulam enquanto elementos de relações de poder, inseridos em um dispositivo político (MACHADO, 2007, p.167).

Foucault utilizou pela primeira vez o termo nietzschiano “Genealogia” em sua obra *Vigiar e Punir* (1975)¹⁷ propondo que “a questão central das novas pesquisas era o poder e sua importância para a constituição dos saberes” (MACHADO, 2007, p.167). A genealogia constituiu-se enquanto análise histórica das condições políticas de possibilidade dos discursos.

Concordamos com Machado (2007), dentre outros autores, para quem, entre as etapas da obra de Foucault denominadas arqueológica e genealógica, não há de forma alguma ruptura ou distanciamento, senão complementaridades. Tomando como exemplo a *História da Loucura*

¹⁷ Primeira obra do período genealógico.

(1961)¹⁸, podemos constatar que as condições de possibilidade políticas de saberes específicos, como a medicina e a psiquiatria, foram analisadas por suas articulações com poderes locais institucionais, deixando-se de atribuir, quase que com exclusividade, o poder ao Estado. A análise genealógica explicita essa questão com maior clareza e centralidade, formulando-a de modo minucioso e sistemático (MACHADO, 2007).

Foucault passou a investigar os procedimentos técnicos das formas locais de poder que produzem o esquadramento dos corpos, controlando seus gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos (MACHADO, 2007).

No contexto de nossa pesquisa, precisávamos nos precaver, a exemplo de Foucault, quanto a darmos conta do nível molecular de exercício do poder e produção dos discursos. Optamos, então, por analisar as relações de poder-saber presentes nas práticas de Cuidado em Saúde Mental no contexto de um CAPS, estabelecendo-se uma relação de complementaridade ao estudo arqueológico da noção de Cuidado.

As análises foucaultianas mostraram-nos de forma indelével como saber e poder estão mutuamente implicados, de modo que “não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder” (MACHADO, 2007, p. 177).

A partir do referencial teórico-metodológico acima apresentado, passaremos a descrever o processo de construção de nosso percurso metodológico.

1.5 PERCURSO METODOLÓGICO

Uma vez que o campo da Saúde Mental, no Brasil, encontra-se em construção e consolidação, propusemos inicialmente um estudo de abordagem qualitativa, retrospectiva e documental por considerar que essa abordagem metodológica favoreceria a emergência das discursividades e saberes relativos ao Cuidado em Saúde Mental no campo investigativo, mediante as estratégias de pesquisa a seguir delineadas (MINAYO, 2004; MORAES; GALIAZZI, 2011).

Ante ao exposto, propusemos como percurso metodológico analisar as publicações do campo da Saúde Mental em periódicos científicos nacionais indexados, mediante a técnica de revisão

¹⁸ Primeira obra do período arqueológico.

integrativa da literatura¹⁹, assim como os relatórios das conferências nacionais de Saúde Mental no período de 1980 a 2010.

A periodização proposta para esta pesquisa tomou como marco referencial o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, iniciado em 1979. A transição entre as décadas de 1970 e 1980 representa um período em que importantes acontecimentos permitiram a intensificação do debate sobre formas de tratamento e Cuidados com as pessoas em sofrimento psíquico. Dentre esses acontecimentos, destacamos: a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978, e seu primeiro Congresso em janeiro de 1979; a instauração pelo Congresso Nacional, em 1980, de uma comissão parlamentar de inquérito a fim de apurar irregularidades na assistência psiquiátrica, originada por várias denúncias das condições subumanas dos manicômios brasileiros; e a realização do II Encontro Nacional do MTSM, em agosto de 1980, entre outros (PASSOS, 2003).

O estudo de Passos (2003) constatou um aumento significativo das publicações no campo da Psiquiatria e da Saúde Mental, a partir da década de 1980, vinculado aos desdobramentos do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, o que nos levou a eleger o período de 1980 a 2010, por representar o recorte temporal em que os debates sobre o Cuidado em Saúde Mental encontram condições políticas, sociais e técnicas de emergência no interior do campo da Saúde Mental no Brasil.

Outros acontecimentos que se inserem neste marco temporal foram: a I CNSM, realizada em 1987 e a II CNSM ocorrida em 1992; a promulgação da Lei 10216 e a III CNSM, ambas ocorridas no ano de 2001; e a IV CNSM – I, realizada em 2010.

¹⁹ A revisão integrativa é uma ferramenta metodológica que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Em relação à revisão sistemática da literatura, a revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas, tanto quanti como qualitativos. Envolve a elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e apresentação dos resultados. Diferencia-se da meta-análise, definida como “método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados” e da revisão sistemática “que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 103).

Iniciamos nossa inserção no campo documental, analisando os relatórios finais das I, II, III e IV CNSM, uma vez que essas conferências foram, ao longo do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, os fóruns privilegiados de sistematização dos avanços técnicos e políticos alcançados no campo da Saúde Mental no Brasil, agregando uma diversidade de atores comprometidos com a luta antimanicomial. Ao longo do processo de análise textual dos relatórios das CNSM, identificamos mais dois documentos que consideramos como fontes relevantes para compor nosso estudo documental: o Caderno Informativo da III CNSM (2001) e a edição do Relatório sobre a Saúde no Mundo da OMS (2001) destinada à Saúde Mental, denominada “Saúde Mental: Nova concepção, Nova esperança” (BRASIL, 2001, 2002).

Prosseguindo com a análise documental, utilizamos inicialmente, no processo de busca bibliográfica dos artigos de periódicos científicos, os descritores “Cuidados de Enfermagem”, “Saúde Mental”, “Assistência ao Paciente” e “Serviços de Saúde Mental”. Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS)²⁰ atribuem a categoria “Cuidado” à Enfermagem, mediante o descritor “Cuidados de Enfermagem”, corroborando a perspectiva de Waldow (2006) que considera o Cuidado como domínio unificador e expressão humanizadora da Enfermagem. Essa perspectiva é defendida também por teóricas consagradas na Enfermagem, como é o caso de Watson, Leininger, Boykin, Schoenhofer²¹. Não significa, no entanto, que reivindicuem o Cuidado como um domínio exclusivo da Enfermagem.

²⁰ Fonte: <http://decs.bvs.br>

²¹ Madeleine Leininger (1925-2012) foi uma teórica americana que desenvolveu, em 1988, o conceito de Enfermagem Transcultural. Jean Watson é uma americana, pós-doutora em Enfermagem, que desenvolveu a teoria do Cuidado Humano na Enfermagem, em 1989. Anne Boykin, mais recentemente, em 1993, desenvolveu com Savina Schoenhofer a teoria da Enfermagem como Cuidado (McEWEN; WILLS, 2009). Segundo Collière (1999), a Enfermagem se desenvolveu como profissão pela identificação de suas funções ao papel desempenhado pela enfermeira em diferentes épocas e contextos, em detrimento de uma tomada de consciência do que representa o serviço prestado, bem como do valor social e econômico dos Cuidados de Enfermagem. Sendo assim, buscando afirmar sua cientificidade e alcançar uma maior autonomia em relação à Medicina, as enfermeiras americanas formaram, na década de 1960, o Nursing Development Conference Group, imbuídas do objetivo de desenvolver uma estrutura conceitual que delimitasse a disciplina de Enfermagem (GEORGE, 1993). Porém, é importante observar, segundo assinala Collière (1999), que o

Opondo-se a essas abordagens teóricas, há outras segundo as quais o Cuidado não deve ser considerado um componente central da disciplina da Enfermagem, uma vez que, segundo Thorne et al (1998 apud McEWEN, 2009), são diversas as visões sobre a natureza do Cuidado, que vão desde a perspectiva do Cuidado como uma característica humana (originária da filosofia hegeliana), passando pela aceção de Cuidado como intervenção terapêutica, até a conceituação de Cuidado centrado no paciente e no profissional de saúde, caracterizando uma relação de mutualidade. Ante o exposto, os termos propostos permitirão a abrangência do Cuidado na perspectiva das três abordagens anteriormente explicitadas.

No DECS, a palavra-chave “Cuidados de Enfermagem” significa “Cuidados prestados ao paciente pela equipe de Enfermagem”; o descritor “Assistência ao Paciente” refere-se aos “serviços prestados por profissionais e não profissionais da saúde sob a supervisão dos primeiros”, não sendo considerado como um sinônimo para “Cuidado de Enfermagem”²². A categoria “Saúde Mental” é definida no DECS conforme a conceituação adotada pela Organização Mundial de Saúde em 2001, como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. É mais do que ausência de doença mental”. É atribuído a essa terminologia o sinônimo “Higiene Mental”. No DECS, “Serviços de Saúde Mental” é sinônimo de “Serviços de Higiene Mental” e “Centros de Atenção Psicossocial”. Foi também utilizado o descritor “Reabilitação Psicossocial”. Os “Serviços de Saúde Mental” são definidos no DECS como “serviços para prevenção, diagnóstico e tratamento, prestados a indivíduos com o objetivo de reintegrá-los à comunidade”.

Foram utilizadas as palavras-chave supramencionadas a fim de empreendermos a busca de artigos científicos nas bases de dados indexadas aos portais Periódicos Capes e Biblioteca Virtual em Saúde, a partir do preenchimento do formulário avançado. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão de artigos ao estudo: artigos identificados

termo ‘Teorias de Cuidados de Enfermagem’ foi introduzido posteriormente nos escritos de muitas autoras, mas não foi utilizado por muitas delas e, por esse fato, recomenda-nos cautela no uso dessa terminologia. Para ela, qualquer disciplina científica depende de múltiplos conceitos, teorias, estruturas, modelos e quadros conceituais, muitas vezes oriundos de outros campos científicos afins.

²² Fonte: <http://decs.bvs.br>

pelos descritores supramencionados, publicados no período de 1980 a 2010, que abordassem, direta ou indiretamente, discussões a respeito do Cuidado em Saúde Mental, não se estabelecendo restrições quanto a texto completo/incompleto ou idioma e país de origem da publicação.

Foram critérios de exclusão para a amostra: artigos que não atendam aos critérios de inclusão acima delineados e artigos escritos por autores de outras nacionalidades. Obtivemos, numa primeira tentativa, cerca de 40 artigos, que, mediante uma pré-seleção por meio da leitura do resumo, desenvolvem diferenciadas abordagens que contemplam o Cuidado em Saúde Mental.

Prosseguimos na busca de artigos utilizando a ferramenta Google Acadêmico e observamos que, ao utilizarmos o descritor “Saúde Mental”, havia um grande número de artigos relacionados ao descritor “desinstitucionalização” que atendiam aos critérios de inclusão do estudo e não haviam sido resgatados na primeira busca. No DECS, o descritor “desinstitucionalização” é definido como “prática de Cuidado de indivíduos na comunidade, e não num ambiente institucional, com efeitos resultantes para o indivíduo, sua família, a comunidade e o sistema de atenção à saúde”. Procedemos, então, a uma nova busca nos portais Periódicos Capes e Biblioteca Virtual em Saúde e encontramos 136 artigos, dentre os quais cerca de 70 atenderam, numa primeira análise de seus resumos, aos critérios de inclusão do estudo – descartamos os artigos repetidos já encontrados em busca anterior. Tivemos dificuldades em identificar artigos publicados na década de 1980, uma vez que as publicações desse período não se encontram disponíveis nas bases de dados digitalizadas.²³

Observamos, também, que o descritor “Saúde Mental” apresenta-se com maior frequência nos artigos publicados a partir de 2001, ano da aprovação da Lei nº 10216 que reorientou o modelo de atenção em Saúde Mental no Brasil. No período que precede a aprovação dessa lei, há uma predominância de artigos identificados pelos descritores “Enfermagem Psiquiátrica”²⁴ e “Psiquiatria”²⁵, e, portanto, decidimos

²³ Solicitamos ao serviço de Comutação Bibliográfica da Biblioteca da UFSC os artigos desse período, no entanto ocorreram dificuldades de remessa por parte das bibliotecárias de outras instituições devido ao período de greve nas universidades federais brasileiras em 2014.

²⁴ Segundo o DECS, “Especialidade relacionada com a aplicação de princípios da Psiquiatria no Cuidado de pessoas mentalmente doentes”. Inclui também “Cuidados de Enfermagem proporcionados às pessoas mentalmente doentes”.

por contemplá-los também como descritores nesta pesquisa. Foi incluído também o descritor “Equipe de Assistência ao Paciente”²⁶ e “Centros Comunitários de Saúde Mental”²⁷ em virtude da frequência com que são mencionados nos estudos do campo da Saúde Mental.

Quanto ao descritor “Psiquiatria Preventiva”, definido no DECS como “disciplina voltada para a prevenção das doenças mentais e para a promoção da Saúde Mental”, foram encontrados 6 artigos nas bases de dados indexadas aos portais Periódicos Capes e Biblioteca Virtual em Saúde, no entanto, quando efetuamos a leitura dos resumos, verificamos que esses artigos não abordavam o Cuidado em Saúde Mental. Observamos que eles tratavam sobre a constituição do referencial epistemológico da Psiquiatria Preventiva no Brasil, publicados predominantemente no periódico nacional *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Dada a relevância dessa temática, marcadamente para os debates sobre o MRPB na década de 1980, esses artigos foram incluídos em nosso estudo.

Antes de iniciar a análise dos artigos científicos selecionados para a presente pesquisa através do *software* ATLAS.ti²⁸, foi realizada uma segunda seleção temática mediante a releitura do resumo e a leitura do texto do artigo, resultando na inclusão de 52 artigos (Apêndice F).

O *software* ATLAS.ti²⁹ é composto por um conjunto de ferramentas de análises qualitativas apropriadas para grandes conjuntos de dados textuais, gráficos e de vídeo. Permite a organização dos dados contidos nos documentos primários em unidades hermenêuticas. No procedimento de codificação dos dados, os códigos são utilizados como dispositivos de classificação em níveis diferentes de abstração, a fim de criar conjuntos de unidades de informação relacionados para fins de comparação. Os códigos são tipicamente pequenas partes de texto referenciando outras partes do texto, cuja finalidade é classificar um grande número de unidades de dados textuais. As famílias são

²⁵ Segundo o DECS, “A ciência médica que estuda a origem, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais”.

²⁶ Segundo o DECS, “Cuidados prestados a pacientes por uma equipe multidisciplinar comumente organizada sob a direção de um médico; cada membro da equipe tem responsabilidades específicas e toda a equipe contribui para a assistência ao paciente”.

²⁷ Segundo o DECS, “Centros que coordenam a prestação de serviços psicológicos e psiquiátricos a pessoas de uma comunidade e vizinhanças”.

²⁸ Adquirido mediante a licença para estudante de nº 57726012

²⁹ http://www.atlasti.com/uploads/media/atlas.ti6_brochure_2009_es.pdf

compostas por grupos de documentos primários, códigos e notas no sentido de facilitar a sua manipulação.

Essa etapa da análise textual discursiva compreende o processo de desmontagem dos textos ou processo de unitarização, que exige o exame dos textos em seus detalhes, fragmentando-os no sentido de identificar suas unidades constituintes e os respectivos enunciados referentes aos fenômenos estudados (MORAES; GALIAZZI, 2011).

O segundo procedimento de análise possibilitado pelo *software* ATLAS.ti³⁰ é a formação de “Networks’ Views”³¹ que permitem conceituar a estrutura, ligando conjuntos de elementos similares num diagrama visual, expressando relações entre os códigos, notas, documentos primários, famílias e até mesmo redes. As redes de sentido estabelecidas permitirão a formulação de categorias analíticas. Para Moraes e Galiazzi (2011), trata-se do processo denominado de categorização, que envolve construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, reunindo os elementos unitários em conjuntos que congregam elementos próximos, resultando em sistemas de categorias.

Os dois processos descritos anteriormente (desmontagem dos textos e categorização), possibilitaram a emergência de uma nova compreensão sobre o todo, como também sua crítica e validação, resultando na construção de um metatexto que explicita argumentativamente a nova compreensão alcançada por meio das etapas anteriores de pesquisa (MORAES; GALIAZZI, 2011).

No processo de codificação do *corpus* textual relativo às CNSM e a seus documentos correlatos, foi possível elaborar 21 códigos que expressam diferentes formas de discursividades sobre o Cuidado, identificadas nos textos estudados. Como exemplos podemos mencionar: “atos de cuidar”, “cuidado no território”, “cuidado integral”, “cuidados em saúde mental”, “cuidados primários de saúde mental”, “direito ao cuidado”, “dispositivos de cuidado”, “modelo de cuidado”, “novas formas de cuidado”, “redes de cuidados”, “tratar x cuidar”, “família x cuidados”. A frequência significativa com que as discursividades sobre o Cuidado em Saúde Mental emergiram na análise textual discursiva permitiu-nos, então, considerá-lo uma categoria analítica.

Outros códigos que compuseram a rede de sentidos (Network View), estabelecendo relevantes relações discursivas com o Cuidado em

³⁰ http://www.atlasti.com/uploads/media/atlas.ti6_brochure_2009_es.pdf

³¹ Visualização de redes

Saúde Mental foram: “construção social do processo saúde-doença mental”, “desmedicalização”, “medicalização”, “psiquiatria preventiva”, “reformulação do modelo assistencial em saúde mental”, “risco como perigo”, “risco epidemiológico (sinônimo de risco como probabilidade)”, “relações de poder”.

Procedemos à construção do metatexto, buscando, por meio da seleção de citações textuais relevantes, realçar as relações discursivas identificadas, enriquecendo e ampliando o alcance das análises.

Os resultados obtidos e as análises empreendidas mediante a análise desse primeiro conjunto de documentos foi de tal forma relevante, que nos permitiram responder aos principais objetivos específicos propostos.

Procedemos a partir de então à análise textual discursiva dos artigos científicos selecionados, buscando esclarecer se haveria possíveis filiações teóricas para o Cuidado em Saúde Mental, conforme apresentaremos no capítulo 3.

É importante ressaltar que, com relação ao Cuidado em Saúde Mental, procedemos à identificação de categorias empíricas que compõem sua rede de significações, tomando por base as correntes de abordagem sobre o Cuidado em Collière (1999; 2003). Com relação ao conceito de Risco, adotamos como referência os estudos do grupo de pesquisa Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, da PUC-SP, liderado pela Dra. Mary Jane Spink³², que, desde 2001, tem-se dedicado a teorizar as distintas tradições da linguagem referentes aos Riscos e a identificar os glossários utilizados para falar sobre Risco na mídia.

Durante a pesquisa documental, cujo percurso metodológico foi detalhado anteriormente, percebemos a relevância de analisar o processo de transposição da noção de Cuidado, já em processo de formalização nos textos estudados, para as relações que se estabelecem entre usuários e profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial.

Reportamo-nos à afirmação de Foucault, para quem toda proposta de pesquisa consistente deverá estar em consonância a duas exigências: “nunca perder de vista a referência a um exemplo concreto que pudesse servir de campo para a análise, e elaborar reflexões históricas, teóricas e conceituais que permitam compreender esses exemplos referidos a nosso presente” (FOUCAULT, 1969 apud CAPONI, 2014). Tratamos, então, de agregar ao componente arqueológico desta pesquisa, representado pelo estudo documental das discursividades sobre a noção de Cuidado, um componente genealógico, fazendo emergir as relações

³² <http://maryjanespink.blogspot.com.br/>

de saber-poder locais sobre as práticas de Cuidado em Saúde Mental (FOUCAULT, 2005b; 2012)

Essa possibilidade de ampliar a abrangência do campo empírico da pesquisa concretizou-se por meio de minha prática como docente da disciplina de Sistematização da Assistência de Enfermagem Psiquiátrica, Módulo V, do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), *Campus Pesqueira*.³³

Por ocasião da supervisão das Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino, Serviço, Comunidade V, respectivamente, no segundo semestre de 2013 e primeiro semestre de 2014 em um CAPS II, situado no município de Pesqueira, PE³⁴, senti-me estimulada a ampliar as

³³ O contexto que permitiu meu envolvimento e comprometimento social como pesquisadora com as temáticas que emergem do campo da Saúde Mental se deu desde 1998, com a minha inserção como docente da área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, *Campus Pesqueira*, bem como, posteriormente, em outras instituições de ensino em nível técnico e de graduação em Enfermagem onde também exerci a docência nessa área. Acompanhando meus estudantes, sempre ávidos por compreender o fenômeno social complexo da loucura, pude presenciar o desenvolvimento das estratégias de desmanicomialização e ampliação da oferta de dispositivos assistenciais substitutivos, representados atualmente pelos CAPS. Paralelamente ao processo de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil e diante do protagonismo social empreendido pelos profissionais de saúde que exercem militância nos serviços de Saúde Mental, fui constituindo minha subjetividade de docente e aprofundando minha identificação com essa singular área de atuação da Enfermagem, o que resultou na opção por desenvolver um estudo em nível de doutorado, vinculado ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, na área de concentração de Condição Humana na Modernidade. Ressalto aqui a imprescindível contribuição de cada estudante e de cada usuário que pude orientar e Cuidar: cada um deles deixou suas marcas em mim em decorrência de seus questionamentos, inquietações e de muitas lições de vida, de luta, de resistências inscritas no espaço de vivências cotidianas. Aprendi muito também com cada profissional de saúde e de Enfermagem, marcadamente os da equipe de técnicos e auxiliares de Enfermagem, que encontravam sempre uma alternativa para trazer “novos sopros de vida” aos espaços asilares em que se protagonizava o Cuidado de Enfermagem.

³⁴ O município de Pesqueira, Pernambuco – PE, situa-se a 215 Km do Recife, com área total de 961Km², contando com uma população total de 63.519 mil habitantes (FONTE: IBGE, Censo Demográfico, 2012. Disponível em: www.ibge.gov.br).

reflexões proporcionadas pela análise do *corpus* documental da pesquisa, transpondo tais reflexões para o campo onde se desenvolvem as práticas e estratégias de Cuidado em Saúde Mental.

Optei, nesse contexto, por desenvolver a observação participante, compreendida como uma estratégia de campo composta, simultaneamente, pela análise de documentos, pela participação e observação diretas e pela entrevista com respondentes/informantes (DENZIN, 1989 apud FLICK, 2009).

A observação participante foi desenvolvida nas dependências do CAPS II³⁵, às segundas e terças-feiras, no horário das 8h às 12h, durante a realização dos grupos de acolhimento (segundas-feiras) e psicoeducacional (terças-feiras), durante quatro semanas consecutivas, nos períodos de novembro a dezembro de 2013 e junho a julho de 2014, totalizando 8 semanas, ou 64 horas.

O grupo de acolhimento tem como objetivo reunir todos os usuários do CAPS e oportunizar a narrativa de suas vivências durante os fins de semana, junto a suas famílias e demais ambientes sociais frequentados por eles, ouvindo, acolhendo, orientando quanto às demandas sociais e emocionais, assim como estabelecendo metas para o Projeto Terapêutico Individual. Esse grupo é conduzido por uma psicóloga e pela assistente social do CAPS. O grupo psicoeducacional é conduzido pela enfermeira do serviço, que oportunizou aos estudantes do IFPE, sob a orientação e supervisão da docente, o planejamento de intervenções grupais psicoeducativas durante as terças-feiras em que estiveram em prática no CAPS. O CAPS II em Pesqueira atende, durante a semana, cerca de 30 usuários e seus familiares.

³⁵ Segundo a portaria nº 336/MS, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS II caracteriza-se como um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento a municípios com população entre 70000 e 200000 habitantes. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para atendimento de 30 usuários por turno, deve ser formada por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em Saúde Mental, 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto de Enfermagem), técnico administrativo, técnico educacional e artesão. A equipe técnica do CAPS II do município de Pesqueira é composta por uma médica psiquiatra, uma enfermeira a quem compete a coordenação do serviço, uma psicóloga, uma assistente social, uma pedagoga, dois técnicos de enfermagem, além de mais três membros da equipe de apoio (cozinheira, auxiliar de serviços gerais e vigilante).

Esse contexto de inserção no campo de pesquisa permitiu-me desempenhar ao mesmo tempo o papel de docente e pesquisadora, estabelecendo-se relações de mutualidade, colaboração, aceitação e compromisso com os atores envolvidos.

O protocolo de pesquisa foi submetido à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante a Plataforma Brasil e aprovado mediante o parecer nº 806.072 (Apêndice A).

As observações relevantes para a pesquisa foram registradas em diário de campo e complementadas mediante a realização de 2 entrevistas com as profissionais assistente social e enfermeira com as quais tivemos maior interação durante o período da pesquisa.

Quando do agendamento e antes do início da entrevista, foram fornecidas informações sobre a pesquisa, oportunizando o esclarecimento de dúvidas por parte das respondentes. No dia da entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice B), onde constavam informações básicas sobre a pesquisa, nos termos da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi assegurado o sigilo quanto à identidade das mesmas, o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer tempo e a garantia de risco mínimo relacionado ao fornecimento de informações privativas à pesquisadora. O TCLE foi assinado em duas vias de igual teor, sendo fornecida uma cópia às entrevistadas, onde constavam o endereço e telefones para contato da pesquisadora, para o caso de haver qualquer dúvida.

As entrevistas foram desenvolvidas em data e horário pré-agendados, de forma a não interferir nas atividades do serviço, em sala com condições acústicas e de privacidade adequadas. Foi solicitada autorização para que as entrevistas fossem gravadas por meio de sistema digital de áudio e vídeo. A entrevista foi conduzida mediante roteiro semiestruturado (Apêndice C), iniciando-se por uma etapa narrativa, por meio da formulação de uma questão gerativa da narrativa e, em sequência, procedendo-se ao aprofundamento temático mediante perguntas diretas (FLICK, 2009). O conteúdo das entrevistas foi transcrito, duplamente conferido, submetido à aprovação pelas entrevistadas e, por fim, analisado por meio do *Software* Atlas ti.

No texto do capítulo 4 desta tese, foram usados os códigos E1 (Entrevistada 1) e E2 (Entrevistada 2) para identificação das profissionais da equipe técnica do CAPS, assim como os pseudônimos Jasmin e Violeta para apresentarmos relatos sobre duas usuárias do CAPS. O objetivo foi preservar a privacidade e o sigilo quanto aos relatos decorrentes das entrevistas.

A ampliação do campo empírico da pesquisa proporcionou a triangulação dos dados, aprofundando, complementando e enriquecendo a abordagem qualitativa da pesquisa (DENZIN, 1989 apud FLICK, 2009).

2 A BIOPOLÍTICA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O objetivo deste capítulo é desenvolver a historicidade dos saberes e conhecimentos sobre o Cuidado em Saúde Mental mediante aportes de autores(as) da filosofia do Cuidado (Boff, Collière, Heidegger, Waldow, entre outros) e da história e filosofia das ciências (Canguilhem, Foucault, Caponi, Rose, entre outros), para então propor uma perspectiva de abordagem ancorada nos escritos de Michel Foucault. Buscaremos desenvolver uma abordagem sobre o Cuidado correlacionando-o ao contexto da medicalização da saúde e interpretando de que forma poderia ser situado como uma estratégia Biopolítica, operando como um dispositivo contemporâneo para o controle das populações na Sociedade de Segurança.

Para alcançar esse propósito, partimos da seguinte questão norteadora: de que maneira o Cuidado apresentou-se como mecanismo normalizador do indivíduo na sociedade disciplinar, e se apresentaria, na atualidade, como mecanismo normalizador das populações, inserido nas estratégias de gestão do Risco, na sociedade da segurança? Seguindo essa perspectiva, abordaremos a emergência da Psiquiatria moderna no sentido de criar o suporte teórico que nos permitirá analisar se as práticas de Cuidado em Saúde Mental contribuem para a medicalização dos comportamentos intensificada, desde a metade do século XIX, com o advento de uma Medicina do não patológico.

2.1 A HISTORICIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Iniciaremos nossa abordagem analisando as diferentes concepções sobre o Cuidado em Saúde Mental e buscando compreender sua historicidade, uma vez que, na perspectiva da História e Epistemologia das Ciências de Georges Canguilhem, a ciência não é considerada uma verdade, tampouco uma revelação, mas uma produção histórica de conhecimentos compostos por elementos complexos (teorias, conceitos, métodos) que estabelecem entre si relações internas orgânicas. Essa perspectiva é contrária aos esquemas idealistas da História das Ciências que consideravam o progresso de uma ciência como contínuo, ausente de rupturas, paradoxos, recuos ou saltos (CANGUILHEM, 2011)³⁶. Nas palavras de Canguilhem, “a história de

³⁶ Louis Althusser, apresentação do artigo de Pierre Macherey, publicado originalmente na revista *La Pensée* (1972).

uma ciência não poderia ser uma simples coleção de biografias, nem, com maior razão, um quadro cronológico amenizado por anedotas. Ela deve ser também uma história da formação e da retificação dos conceitos científicos [...]” (CANGUILHEM, 2011)³⁷.

Partindo desse referencial, pretendemos, em nosso estudo sobre o Cuidado em Saúde Mental, analisar o processo percorrido por esse enunciado ao longo do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro (MRPB), concebido como processo político-social, buscando suas filiações e os sentidos refletidos em sua história.

Para estabelecer um marco contextual que favoreça essa análise, tomaremos como ponto de partida a abordagem sobre o Cuidado humano³⁸ e os primeiros cenários em que o Cuidado figurou como componente de um ofício ou de uma profissão, para, num segundo momento, focalizarmos o Cuidado inserido no campo da Psiquiatria Clássica e, mais recentemente, no campo da Saúde Mental.

2.1.1 Do Cuidado Humano ao Cuidado Institucional

A maioria dos autores que desenvolve estudos sobre o Cuidado apoia-se na clássica obra do filósofo Martin Heidegger intitulada *Ser e Tempo* que faz uma abordagem existencialista sobre o Cuidado. Para Heidegger (1929 apud BOFF, 1999, 2012), o Cuidado constitui um modo de ser, segundo o qual o ser-no-mundo é um ser relacional e, portanto, o Cuidado lhe é ontológico, constitutivo. É pelo Cuidado que se pode vir-a-ser, um ser completo, com suas potencialidades e possibilidades. O ser-no-mundo, o ser-aí, significando “Sein” (ser), o existir e “Da” (aí), de “Dasein”, o ser-aí-no-mundo-com-os-outros, permite a manifestação do Cuidado, como estrutura fundante do ser-livre.

Para Mayeroff (1971 apud WALDOW, 2006), é por meio do Cuidado que o ser humano vive o significado de sua própria vida. Segundo esse autor, o Cuidar é um *processo*³⁹ que envolve desenvolvimento, crescimento, autorrealização: ao Cuidar-do-outro se considera o outro ser com capacidade e potencialidade para crescer,

³⁷ Citado por Pierre Macherey.

³⁸ O termo “Cuidado Humano”, embora seja amplamente utilizado, pode ser considerado redundante, pois, se o cuidado é uma dimensão básica da existência humana, não precisaria ser qualificado como humano. Sua adoção neste subtítulo presta-se apenas para situá-lo historicamente.

³⁹ Grifo nosso

devendo haver uma relação de compromisso para com o outro. O Cuidar do outro envolve ajudá-lo também a Cuidar de si.

O Cuidado pode ainda ser considerado um ideal ético uma vez que um aspecto fundamental do Cuidado é a compreensão da realidade do outro; envolve deixar a sua própria estrutura referencial e entrar na do outro, sentindo-se com o outro. Nessa perspectiva, ambos, o ser-que-cuida e o ser-Cuidado, na relação de Cuidado, influenciam-se mutuamente (NODDINGS, 2003 apud WALDOW, 2006).

As teorizações de Mayeroff, Heidegger e Noddings convergem quanto ao atributo relacional do Cuidado. Waldow (2006, p. 37) sintetiza o pensamento filosófico brevemente enunciado acima, dizendo que “o ser-aí-no-mundo se define pelas formas ou maneiras de experienciar Cuidado e pelas relações (de Cuidado) que estabelece consigo mesmo, com os outros e com o meio que o cerca”.

Esses estudiosos consideram o Cuidado como um atributo existencial do ser-no-mundo, de forma que é possível supor que o Cuidado sempre esteve presente entre os hominídeos, mediante diferentes formas de manifestações, e foi essencial para a perpetuação da espécie humana. Nas palavras de Collière (1999, p. 15), “Cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo o grupo social”, de maneira que as relações de Cuidado assumiram complexidade crescente paralelamente ao desenvolvimento de novas formas de sociabilidade humana.

Em síntese, o primeiro sentido atribuído ao Cuidado na sua história reside em todo ato cuja finalidade fundamental fosse participar em tudo o que pudesse promover e desenvolver o que faz viver as pessoas e os grupos, o que faz da prática de Cuidados a mais velha prática da história do mundo (COLLIÈRE, 1999).

Nas primeiras sociedades humanas, o Cuidado não assumia uma conotação sexista, embora as práticas de Cuidado se diferenciasssem entre homens e mulheres, vinculadas ao papel social da mulher na procriação. Admite-se que as mulheres ocupavam-se do Cuidado das crianças e dos idosos e que os homens cuidavam de feridas e outras lesões relacionadas à prática da caça, procurando fazer recuar a morte. Às mulheres também é atribuído amplo conhecimento sobre as plantas, as sementes, as raízes e os frutos, o que lhes capacitou para o desenvolvimento de práticas de cura (COLLIÈRE, 1999; OGUISSO, 2005; WALDOW, 2006).

Nesse contexto, durante milhares de anos, os Cuidados não pertenciam a um ofício e muito menos a uma profissão⁴⁰, mas representaram a possibilidade de manutenção da vida pela garantia de um conjunto de necessidades indispensáveis e diversificadas na sua manifestação (COLLIÈRE, 1999).

Às primeiras práticas de Cuidado atribui-se um valor social incomensurável. Em torno da mulher, símbolo da fecundidade, foram elaboradas todas as práticas rituais desde a concepção, passando pelo nascimento, crescimento, desenvolvimento, envelhecimento até a morte. Foram de experiências seculares de práticas de Cuidado ao corpo, de práticas alimentares, práticas de cultivo e descoberta das propriedades das plantas, que usufruímos em maior ou menor proximidade até os dias atuais. Quanto aos homens, ocupavam-se da caça, da pesca e de tudo que transcendia o território das tribos, como as guerras; elaboraram instrumentos de incisão, de suturas e dominaram a utilização do fogo. Desenvolveram também os Cuidados ao corpo ferido, descobrindo o corpo por dentro, ousando explorá-lo e desenvolvendo métodos cada vez mais precisos, herdados pelos barbeiros, ferreiros e cirurgiões (COLLIÈRE, 1999).

De modo algum, as primeiras práticas de Cuidado desenvolveram-se ante as condições precárias da vida que tornavam a morte onipresente e avassaladora, o que fez emergirem os primeiros juízos e discursos sobre o bem e o mal relacionados ao viver e ao morrer, assim como as primeiras configurações do medo.

Nas primeiras sociedades humanas, o discernimento do que era considerado pelo grupo bom ou mau ante a realidade da morte foi progressivamente confiado aos xamãs e aos pajés, para a garantia da ordem do bem e do mal. Prosseguindo-se na linha do tempo até a Idade Média, os xamãs e os pajés darão lugar aos padres, ao médico e ao nascimento da clínica, que passarão a dominar os saberes por meio dos quais é possível circunscrever e limitar o foco do mal (COLLIÈRE, 1999).

Talvez a realidade brevemente apresentada do homem e da mulher primitivos seja tão instigante e surpreendente para nós, que vivemos no mundo da tecnologia e da informação, quanto a questão proposta obstinadamente por Collière (1999):

⁴⁰ Para Collière (1999), pertencer a uma profissão significa pertencer a uma classe social com um lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores de uma sociedade, enquanto que, em contrário, um ofício se constitui a partir de uma atividade exigida pela vida do grupo social.

como e por que é que certas práticas de Cuidados foram confiscadas, abafadas, condenadas a desaparecer, enquanto eram votadas ao opróbrio aquelas e aqueles que as prestavam e, por outro lado, outros modelos sociais se substituíam aos antigos a ponto de deixar crer que, antes deles, os Cuidados nunca existiram, ou, em todo o caso, as práticas de Cuidados das mulheres? (COLLIÈRE, 1999, p.34-35)

Interrogamo-nos igualmente sobre o porquê de o Cuidado, em muitos contextos profissionais no campo da saúde, ser considerado como uma atividade subdesenvolvida, inferiorizada, como ação doméstica ultrapassada, subalterna. Essa subvalorização do Cuidado se dá em favor da técnica, único domínio ao qual se atribui a exigência de conhecimentos.

Embora a abordagem de Marie-Françoise Collière (1999, 2003) sobre a história do Cuidado apresente uma linearidade na forma como estabelece a cronologia dos acontecimentos históricos, aponta em diversos momentos as relações de poder que permeiam as práticas de Cuidado. Esse aspecto de sua obra estimulou-nos a analisá-lo além das interpretações existencialistas e humanistas oriundas da tradição Heideggeriana, o que nos levou a recorrer à obra de Michel Foucault na busca por sua eventualização, sua desnaturalização.

Prosseguiremos problematizando na direção indicada pela autora, para ampliar nossa compreensão sobre como a diacronia da história sobre o Cuidado permitiu que mantivéssemos ou, ao contrário, abandonássemos esse Cuidado considerado “originário” e em que condições sócio-históricas.

2.1.2 A Institucionalização do Cuidado Hospitalar

Desde a Idade Média⁴¹, com a fundação dos primeiros hospitais, as práticas de Cuidado deixaram a privacidade dos domicílios para

⁴¹ A Idade Média constitui um período histórico que se estende do século V ao XVII, iniciando-se, mais especificamente, com a queda do Império Romano em 476.

serem exercidas também no espaço público. Os primeiros hospitais foram instalados nos mosteiros com a finalidade de abrigar, alimentar e tratar dos cristãos enfermos e feridos em peregrinações a Jerusalém, com o objetivo de recuperar a Terra Santa, que havia sido dominada pelos muçulmanos no século VII. Nesses primeiros hospitais, os Cuidados eram realizados por monges militares. Atribui-se a esse mesmo período a criação dos primeiros lazaretos, onde monges enfermeiros cuidavam das pessoas leprosas⁴² (COLLIÈRE, 1999; OGUISO, 2005).

No período que vai do fim da Idade Média até o século XIX, ocorreu a transição entre as práticas de Cuidados atribuídas à mulher para as práticas de Cuidados atribuídas à mulher consagrada. A associação da doença ao pecado, cuja cura se daria também pela penitência, vinculou os Cuidados prestados pelas mulheres consagradas ao corpo como suporte de expiação dos pecados, ou seja, ao corpo sofredor, fundamentando-se a dicotomia entre saúde e doença, assim como entre os Cuidados preventivos e curativos (COLLIÈRE, 1999).

Por milhares de anos, as práticas de Cuidado prestado pelas mulheres contemplaram o corpo enquanto lugar de materialização da vida individual e coletiva e templo da *anima* e do *animus*⁴³, assim como tudo o que contribui para alimentá-lo e restaurar. O corpo da mulher era o instrumento do próprio Cuidado (sua pele, seus seios, seu tato, olfato, visão) que envolvia um conjunto de estimulações pelo toque, massagens, banhos, aplicações de unguentos e diversas preparações a base de ervas. Essas práticas foram transmitidas, ao longo do tempo, de forma intergeracional pela tradição oral, constituindo um imenso patrimônio de saberes que conferia às mulheres um poder-saber que colocava em risco a autoridade da Igreja cristã. Essas práticas e saberes estavam intimamente associados a um conjunto de símbolos e práticas rituais, cultos, cerimônias, festas consideradas pagãs e alicerçadas nos ritmos próprios dos ciclos de vida (COLLIÈRE, 1999).

As bases doutrinárias da vida cristã que orientavam toda a vida monástica e incluíam a obrigatoriedade dos votos, particularmente o voto de castidade tanto para religiosos como para religiosas, modificaram todo o simbolismo da relação com o corpo sexuado. Em consequência, transformou-se a concepção e o significado profundo de todo um conjunto de práticas de Cuidado, contribuindo para o seu empobrecimento. Essas práticas foram progressivamente silenciadas

⁴² Portadores de hanseníase.

⁴³ *anima* (alma) e *animus* (espírito)

pelo cristianismo⁴⁴, culminando na perseguição e execução, por quase quatro séculos, de muitas mulheres consideradas bruxas.

A Igreja apropriou-se do poder de discernir sobre o que fosse bom ou mau para a alma e para o corpo, selecionando e limitando as práticas de Cuidados que porventura fossem convenientes a essa nova racionalidade cristã. No concílio de 1130, foram interditas as atividades curativas exercidas pelos monges médicos, que foram sucedidos pelos padres e clérigos, e vieram a se tornar, no século XIII, os primeiros estudantes das escolas e faculdades de Medicina na França⁴⁵. As práticas de Cuidado passaram, então, às prerrogativas da Medicina, hegemonicamente masculina (COLLIÈRE, 1999).

Desde a Idade Média, embora o hospital fosse uma instituição essencial para a vida urbana no Ocidente, não era uma instituição médica e a Medicina não era uma prática hospitalar (FOUCAULT, 2011). Os Cuidados hospitalares eram prestados por religiosos(as) de diferentes ordens cristãs, como também por leigos vocacionados para a vida caritativa. Em geral, esses Cuidados compreendiam as obras corporais de misericórdia, que incluía: alimentar os famintos, saciar a sede, vestir os necessitados, visitar prisioneiros, dar abrigo aos desabrigados, Cuidar dos doentes e sepultar os mortos. Muitas dessas irmandades preocupavam-se em transmitir conhecimentos, mesmo que rudimentares, sobre como Cuidar dos doentes aos jovens vocacionados para o Cuidado (OGUISSO, 2005).

A função hospitalar manteve-se associada à vida conventual, e os Cuidados corporais eram permitidos apenas em função de servirem de suporte aos Cuidados espirituais que objetivavam a salvação da alma.

⁴⁴ Segundo as pesquisas de Collière (1999), desde o princípio do cristianismo, o pensamento pauliniano foi influenciado pelo platonismo, opondo a alma ao corpo e fazendo do corpo um obstáculo para o caminho ao divino. A realidade verdadeira do homem viria a ser a sua alma, e o corpo, com suas necessidades, paixões e desejos, não passaria de objeto de desprezo por perturbar a serenidade do espírito. O desprezo por tudo o que é carnal implicou o desprezo a sexualidade, o que, numa sociedade patriarcal, tornou a mulher símbolo de impureza e fornicção, sendo ela própria a encarnação do próprio pecado, simbolizado por Eva. Valorizou-se sobremaneira, nesse contexto, a virgindade e a castidade, alienando-se a pessoa na submissão a Deus e às autoridades eclesásticas.

⁴⁵ Nessa época, a Medicina europeia tornou-se uma ciência ensinada *ex cathedra* e uma profissão, com a condição de se manter submetida à Igreja, que exercia um controle rigoroso, regulando o seu desenvolvimento de acordo com os limites prescritos pelo dogma católico (COLLIÈRE, 1999).

As práticas de Cuidados das mulheres consagradas obedeciam ao segundo septenário das obras de misericórdia que ordenava: “Aconselha, corrige, ensina, consola, perdoa, suporta, reza”. Nesse contexto, os Cuidados deixaram de contemplar as práticas que exigiam o toque direto das mãos, para ter como suporte principal a palavra, o verbo, na forma de discursos, recomendações e conselhos baseados nos princípios e valores morais e religiosos. O distanciamento entre o corpo do que Cuida e do que é Cuidado produziu a minimização dos Cuidados habituais de manutenção da vida e a sua desvalorização, de forma que foram entregues a pessoal subalterno, o que ocasionou a piora das condições sanitárias dos hospitais (COLLIÈRE, 1999, p.67).

Essa foi uma importante inversão dos valores que norteiam as ações de Cuidado que refletiu indefinidamente na sua trajetória histórica: se antes os Cuidados dirigiam-se a um ser humano uno, com corpo e alma vinculados ao universo, agora os Cuidados são dirigidos a um ser fragmentado, em que corpo e alma estão dissociados em movimentos completamente antagônicos. Se antes os Cuidados tinham caráter de agrado, de prazer, relaxamento, satisfação, perseguindo sua função de desenvolver e preservar a vida, agora “os Cuidados se dirigem apenas aos corpos sofredores [...]. O corpo sofredor é digno de atenção por ser à imagem de Cristo sofrendo na sua paixão”, adquirindo um valor positivo para conseguir a salvação da alma (COLLIÈRE, 1999, p.67).

Até o século XVII os estabelecimentos de internação abrigavam velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os loucos, no entanto os pobres não eram ainda considerados como fontes de perigo médico-sanitário. Os pobres representavam uma condição de existência humana no interior da cidade. Desempenhavam funções específicas, tais como: levar cartas, fazer mandados, despejar o lixo, retirar das ruas da cidade móveis e panos velhos, possibilitando a instrumentalização da vida urbana (FOUCAULT, 2011).

“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres [...] como também de separação e de exclusão [...], um lugar onde morrer”, sendo foco constante de desordem devido às doenças que se proliferavam em seu ambiente, como também nas cidades (FOUCAULT, 2011, p. 101). Diante do impacto socioeconômico causado pelos elevados índices de mortalidade, iniciou-se a reorganização dos hospitais, não apenas mediante uma técnica médica, mas por meio de uma tecnologia política: a disciplina, uma técnica de exercício de poder, elaborada em seus princípios

fundamentais durante o século XVIII como técnica de gestão dos homens (FOUCAULT, 2011).

Historicamente, as disciplinas existiam desde a Antiguidade e a Idade Média, a exemplo do sistema disciplinar no interior dos mosteiros. Os empreendimentos escravagistas e a Legião Romana são outros exemplos de sistemas disciplinares mencionados por Foucault (2011). No entanto, esses sistemas disciplinares existiam isoladamente em seu contexto sócio-histórico. É importante perceber que, já em sua origem, os primeiros hospitais, sendo vinculados aos mosteiros, estabelecem-se num espaço de relações disciplinares entre os monges e seus superiores hierárquicos.

No período entre os séculos XVII e XVIII, o Ocidente experimentou a transição entre o poder soberano e o biopoder, de forma que os fenômenos próprios à vida da espécie humana entraram na ordem do saber e do poder. O direito de vida e de morte, que era um dos atributos básicos da Teoria da Soberania, outorgava ao soberano o direito de fazer morrer e deixar viver, não havendo nesse direito uma simetria real. A tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, denominada “estatização do biológico”, introduziu uma nova conformação do direito político que, embora não tenha apagado o direito de soberania, modificou-o. Tratava-se, então, de, inversamente, fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 2005b).

Surgiram, nesse contexto, técnicas políticas essencialmente centradas no corpo individual, exercidas mediante procedimentos que asseguravam a distribuição espacial desses corpos, resultando em sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância. Importava que os corpos fossem adestrados como máquinas, ampliando suas aptidões, extorquindo suas forças, acentuando sua utilidade e docilidade, pela integração em sistemas de controle eficazes e econômicos, assegurado por procedimentos de poder disciplinares (FOUCAULT, 1994, 2005b).

Esse foi o contexto político em que se deu a disciplinarização do espaço confuso do hospital. Houve transformações do saber e práticas médicas que possibilitaram ao hospital tornar-se um espaço privilegiado da intervenção médica, de forma que o médico fosse o principal responsável pela organização hospitalar.

Ao mesmo tempo, iniciou-se a implantação de escolas para formação de enfermeiras nos hospitais da Europa, visto que as Irmãs de Caridade deixaram massivamente os hospitais por não aceitarem a autoridade médica. Ademais, a mística cristã que motivava as ações

caritativas nos hospitais opunha-se à nova formação científica e política dos médicos.

Para Moreira e Oguisso (2005), a saída das Irmãs de Caridade tinha ainda como pano de fundo uma questão política “que ultrapassava as fronteiras da instituição e que confrontava o poder do Estado com o poder clerical.” Essa posição é corroborada por Collière (1999, p. 65), para quem as leis anticlericais promulgadas entre 1901 e 1904, apoiadas pelos médicos, assim como a medicalização do hospital, “prenunciam o recuo da identificação da prática de Cuidados com a mulher consagrada, contribuindo para construir e alimentar outra imagem: a da [mulher]-enfermeira-auxiliar do médico”.

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, devido à tomada do poder pelo médico, teve seu alcance ampliado pelo ritual da visita médica, como um ritual quase religioso, em que o médico caminhava na frente, percorrendo o leito de cada doente, seguido de toda a hierarquia composta por assistentes, alunos e enfermeiras. Os regulamentos hospitalares do século XVIII prescreviam que o médico deveria ser anunciado por uma sineta e que a enfermeira deveria estar na porta com uma prancheta de anotações nas mãos, acompanhando o médico, assim que ele adentrasse a enfermaria (FOUCAULT, 2011).

Destacamos que todos os movimentos de profissionalização da Enfermagem iniciados no século XVIII se deram no âmbito hospitalar e, assim, exigia-se das enfermeiras que fossem doces, recatadas, de boa moral e disciplinadas. Submetidas a duras e extensas rotinas de trabalho, servindo como religiosas leigas, deveriam aceitar ordens médicas, sem jamais almejar substituí-los (MOREIRA; OGUISSO, 2005; OGUISSO, 2005). Para o cumprimento dessa missão, era exigido o esquecimento de si, pois dedicar-se ao Cuidado representava renunciar a si própria (COLLIÈRE, 1999).

As relações hierárquicas verticalizadas que se estabeleceram nos primeiros hospitais da Idade Média, vinculadas ao sistema disciplinar dos mosteiros, podem ser situadas num *continuum* em relação às que se sucederam nos hospitais a partir do século XVIII, tendo em vista as relações de gênero entre a Enfermagem, uma prática laboral feminina, e a Medicina, uma profissão masculina (OGUISSO, 2005).

Foi no final do século XVIII, mais precisamente em torno de 1780, que o hospital passou a ser considerado um instrumento “terapêutico”. O processo de reorganização hospitalar ganhou legitimidade pelo fato dos recolhimentos arbitrários dos diversos grupos desviantes nos hospitais gerais terem sido questionados. O direito à

cidadania, reivindicado no contexto da Revolução Francesa, exigia que se regularizasse a situação dos enclausurados.

Nesse período, houve na Europa uma série de viagens com a finalidade de visitar e observar, de forma sistemática e comparada, os hospitais. Merecem destaque as viagens do filantropo inglês Howard e do médico francês Tenon que, mediante diversos inquéritos empíricos, definiram um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. Esses inquéritos não objetivavam o detalhamento da estrutura arquitetônica dos hospitais, conforme havia ocorrido nos séculos anteriores, mas descrições funcionais. Howard e Tenon formularam cifras de doentes por hospitais, a relação entre o número de doentes, o número de leitos e a área útil do hospital, taxas de mortalidade e cura, dentre outros indicadores. Surgiu, então, “um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido” (FOUCAULT, 2011, p.101).

Tendo isso em vista, consideramos necessário ampliar a nossa compreensão sobre a reorganização dos hospitais no século XVIII, situando-a no contexto sócio-histórico mais amplo do nascimento da Medicina social.⁴⁶

⁴⁶ Foucault (2011) propõe que a Medicina social tenha se desenvolvido em três etapas: a Medicina de Estado, a Medicina urbana e a Medicina da força de trabalho. A **Medicina de Estado** esteve vinculada à ciência do Estado alemão (*Staatswissenschaft*) que se refere ao conjunto dos procedimentos pelos quais o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para garantir seu melhor funcionamento. Essa Medicina de Estado compreende a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação médica a uma administração central e a fundação de uma organização médica estatal. Na França, a urbanização foi o elemento central do advento da Medicina social ou **Medicina urbana**. A heterogênea organização territorial francesa suscitou o problema da unificação do poder urbano, de modo que as grandes cidades constituíssem unidades organizadas e coerentes. Havia também tensões políticas envolvendo o proletariado e os pequenos grupos de corporações e ofícios que, por vezes, culminavam em revoltas urbanas de subsistência, havendo necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana. Os sentimentos de medo e angústia urbanos estavam relacionados aos perigos sanitários que envolviam os grandes aglomerados de população, o amontoamento nos cemitérios, os riscos de epidemias. Instituiu-se, então, o modelo médico e político da quarentena cuja variante mais sofisticada foi a higiene pública do século XIX. A **Medicina da força de trabalho** ou Medicina dos pobres surge apenas na segunda metade do século XIX, quando os pobres e proletários passaram a representar perigo político e sanitário para os ricos das cidades, principalmente devido à epidemia de cólera de 1832, que

O poder político da Medicina à época consistia em distribuir os indivíduos lado a lado, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los, inspecionar seu estado de saúde, de forma que a sociedade fosse situada num “espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente, controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos” (FOUCAULT, 2011, p. 89). Nessa perspectiva, os espaços comuns e os lugares de circulação, assim como os cemitérios, os ossuários, os matadouros (e também os hospitais) foram controlados, pois a burguesia temia por sua segurança política e sanitária. O estabelecimento de uma Medicina social urbana foi estratégico para que a burguesia pudesse controlar a cidade, resultando, em consequência, na inserção da Medicina no discurso e saber científicos.

Uma vez que o poder disciplinar havia ingressado no âmbito do saber médico, tornou-se possível o acompanhamento individual e contínuo dos doentes, mediante um sistema de identificação e registro sobre as entradas e saídas desses doentes, o leito e a enfermaria em que se encontravam internados, se evoluíram para a morte ou para a cura. Esses registros ficavam sob a responsabilidade da enfermeira-chefe. Durante as visitas, os médicos mandavam ainda anotar o diagnóstico, as receitas e os tratamentos prescritos. Constituiu-se assim um campo documental no interior do hospital e uma clínica hospitalar. A nova organização do hospital transformou-o num lugar de formação e transmissão de saber (FOUCAULT, 2011).

Rosen (1980 apud CAPONI, 2000) afirma que, mesmo com todos os reajustes organizacionais empreendidos a partir da medicalização do hospital, muitas de suas características originais foram mantidas, a exemplo de sua função social de assistência aos pobres, uma vez que os ricos continuaram por muito tempo a receber atenção médica domiciliar. O processo de medicalização do hospital foi fundamentado num contrato tácito entre pobres e ricos, a partir do qual se articulou o hospital para a cura dos pobres e a clínica para a formação dos médicos. Tratava-se de um contrato caritativo, que favorecia individualmente aos médicos benfeitores pelo saber que poderia ser produzido e, ainda, possibilitava a proteção dos mais ricos, contra os perigos sanitários que os pobres representavam (CAPONI, 2000).

começou em Paris e se propagou por toda a Europa. Dividiram-se as cidades em bairros de ricos e bairros de pobres, e ainda, instituíram na Inglaterra a Lei dos Pobres, que previa a submissão do pobre a vários controles médicos em função de serem beneficiados por um sistema de assistência.

Collière (1999) discute que a necessidade e a sujeição dos pobres serviam como garantia de obediência. Além disso, representavam a impossibilidade e a incapacidade de se situar numa relação de paridade, distanciando-se de outras formas de relacionamento social baseadas no julgamento e no discernimento.

Nesse contexto, delinearam-se as feições de um Cuidado hospitalar disciplinar, caracterizado por procedimentos que permitiriam assegurar a distribuição espacial dos corpos individuais, sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série, sua observação e vigilância. Os corpos deveriam ser adestrados como máquinas, precisavam ter suas aptidões restauradas, deveriam ser corpos úteis e dóceis, prestando-se às verdades e demandas da Medicina, na formação de um saber-poder médico em franca estruturação (FOUCAULT, 1994, 2005b; CAPONI, 2000).

Esse foi o cenário no qual foram implantadas as primeiras medidas de higiene no ambiente hospitalar a fim de que o meio favorecesse a ação da natureza humana na cura das doenças, marcadamente por influência da enfermeira inglesa Florence Nightingale⁴⁷.

Destacamos, a título de exemplo, as práticas de individualização do leito hospitalar, ao contrário dos primeiros hospitais que dispunham de leitos dormitórios, em que se deitavam até seis pessoas (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2010; FOUCAULT, 2011).

⁴⁷ Quando Florence Nightingale publicou em 1859 seu *best-seller* ‘Notes on Nursing’, os padrões da prática e do Cuidado clínico, em grande parte do mundo, ainda estavam baseados nos conceitos de contágio e miasma. O conceito de contágio admitia que a doença pudesse ser causada por via do contato ou do toque, embora ainda não se tivesse estabelecido o modelo causal da teoria microbiana. A noção de contágio convivia com as noções da magia, da possessão demoníaca, da falta de disciplina ou do controle moral, como vias interpretativas para o fenômeno da doença. Já o modelo miasmático tinha como premissa a crença de que a doença fosse causada pela falta de higiene, de forma que o tratamento deveria envolver a limpeza pessoal e ambiental, o acesso ao ar fresco, a lavagem, a fervura e o arejamento. Foi a partir deste modelo que Florence Nightingale elaborou seu sistema de Cuidados, produzindo impactos consideráveis sobre a saúde pública, numa Europa assolada, repetidas vezes, por epidemias. Tornou-se uma das primeiras peritas em higiene pública e condições sanitárias. Sua principal preocupação foi estabelecer a Enfermagem como uma profissão respeitável, sendo considerada a fundadora da Enfermagem Moderna (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2010; GEORGE, 1993).

O sistema de registros, que serviu à formação e ao acúmulo do saber médico, permitiu também a comparação entre hospitais e regiões. Se a disciplinarização do espaço hospitalar possibilitou o isolamento do indivíduo num leito, prescrevendo-lhe um regime, transformando-o em objeto do saber e da prática médica, permitiu também que, pelo mesmo sistema de espaço hospitalar disciplinado, se pudesse observar grande quantidade de indivíduos, mediante os registros obtidos cotidianamente, identificando os fenômenos patológicos comuns a toda a população (CAPONI, 2000; FOUCAULT, 2011).

Foi justamente na segunda metade do século XVIII, período em que, paralelamente, se desenvolveu a medicalização do hospital, que Foucault (2005b) acredita ter surgido outra tecnologia de poder, que não suprimiu a disciplina, até porque se serviu de superfícies de suporte e de instrumentos bastante diferentes. Essa nova técnica de poder dirigia-se não mais ao homem-corpo, mas ao homem-espécie. A biopolítica das populações se refere

à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a reprodução e a doença (FOUCAULT, 2005b, p. 289).

O autor considera a biopolítica das populações como uma segunda tomada de poder sobre o corpo, mas que não é individualizante, e sim massificante. Depois de uma anátomo-política do corpo, representada pelas tecnologias disciplinares, surgiu a biopolítica das populações, admitindo-se uma série de intervenções e controles reguladores no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte de processos biológicos (FOUCAULT, 1994, 2005b).

A partir de então, não apenas o indivíduo, mas também a população, tornaram-se objetos de saber e alvos da intervenção da Medicina, “graças à tecnologia hospitalar” (FOUCAULT, 2011).

A referência dos Cuidados hospitalares permaneceu, durante os séculos XVIII, XIX estendendo-se até a primeira metade do século XX, no doente em sofrimento. Essa fixação nos sofrimentos contribuiu para a sobrevalorização dos Cuidados curativos, inviabilizando os Cuidados que, em sua concepção, permitiriam a expressão do ser e o

desenvolvimento da pessoa. Não restou lugar para que o doente fosse ouvido em sua subjetividade, assim como não lhe restou opção entre ser o objeto de amor da enfermeira hospitalar, devendo compensar toda a sua renúncia e tornar-se dependente desta cuidadora que aliviaria sua miséria moral. Os Cuidados aos doentes, concebidos a partir do papel moral do corpo de Enfermagem, desenvolveram-se por delegação de conhecimentos médicos. Para dar conta das novas técnicas de tratamento das doenças, por muito tempo, a Enfermagem abdicou de quaisquer conhecimentos sobre os comportamentos humanos, fenômenos psicossociais, sobre os hábitos, meios e condições de vida, a fim de compreender mais amplamente o processo saúde-doença (COLLIÈRE, 1999).

Essa problemática se aprofundou a partir do fim do século XIX, quando a Medicina passou a ter à sua disposição uma tecnologia de precisão crescente, podendo então desenvolver uma abordagem analítica que reforçou a separação entre corpo e espírito. O objeto da Medicina passou a ser cada vez mais o corpo portador de uma doença que deveria ser diagnosticada e tratada. A transformação do ato médico resultou numa profunda modificação das práticas de Cuidados, realçando-se a sua tecnicidade (COLLIÈRE, 1999).

Marcadamente a partir da década de 1950, o hospital tornou-se um lugar privilegiado de investigação e tratamento da doença, o que implicou uma nova configuração social, na qual foram estabelecidas novas formas de relações sociais entre os que tratam e os que são tratados. Estabeleceu-se uma hierarquização dos valores atribuídos ao trabalho das diferentes categorias de profissionais, o que contribuiu para a fragmentação de tarefas e resultou em relações humanas cada vez mais impessoais (COLLIÈRE, 1999). A sua disposição espacial também foi alterada, uma vez que os doentes e os recursos tecnológicos passaram a ser distribuídos segundo o tipo de doença e a correspondente especialidade médica (organizaram-se então, no interior dos hospitais, os serviços de gastroenterologia, cardiologia, pneumologia, neurologia, entre outros).

Nesse contexto, os Cuidados aos doentes passaram a Cuidados técnicos, sempre determinados e orientados pela doença. Permaneceu o atributo disciplinar dos Cuidados que objetivavam investigar e tratar, o que pode ser dito em outras palavras: vigiar a doença. É a categoria “doença” que confere ao doente estatuto e papel, ocultando todos os demais estatutos que possa possuir. Os doentes perderam tudo aquilo em que se baseia cotidianamente a sua identidade: os estatutos sociais conferidos pelo estado civil, profissão, pertencimento a diferentes

grupos. Assumiram a identidade de sua doença, que invade todo o seu campo espacial, temporal e relacional (COLLIÈRE, 1999).

O ordenamento das tarefas técnicas de Cuidado passou a ser feito de acordo com a doença (nefrite, miocardite, pneumonia) ou pelo órgão ou sistema comprometido pela doença. Apesar da exigência de um domínio técnico crescente, instaurou-se um hipotecnismo para tudo o que se refere aos Cuidados de manutenção da vida. A hipertecnidade provoca nos doentes uma profunda desmotivação, favorecendo a passividade deles, que se entregam aos que “sabem por eles”, sem se permitirem qualquer tipo de questionamento sobre seu processo saúde-doença. Outra consequência, ainda mais degradante, é que os Cuidados passam a ser reduzidos a um bem de consumo, um produto comercial, que tem no corpo seu objeto de consumo ou mesmo seu suporte de produção e comercialização (COLLIÈRE, 1999).

Essa abordagem histórica nos possibilita pensar o quanto o Cuidado está imbricado nessa trama de biopoderes que compõem as estratégias de governabilidade desde a modernidade clássica. Compreendemos, ante a análise dos contextos históricos empreendida neste capítulo, que o processo de medicalização do hospital foi paralelo ao processo de substituição dos Cuidados atribuídos às mulheres por Cuidados concernentes às mulheres consagradas e às mulheres enfermeiras auxiliares dos médicos, o que contribuiu para o seu empobrecimento e o surgimento de uma vertente tecnicista do Cuidado.

O hospital medicalizado foi também o *locus* de constituição do poder saber da Psiquiatria clássica e de institucionalização da loucura. É nessa perspectiva que prosseguiremos, na próxima seção, resgatando o debate sobre como o hospital permitiu o controle social da loucura, a partir do século XVIII; sobre as características do processo de medicalização dos comportamentos e da emergência da Psiquiatria Ampliada, no século XIX; e sobre as transformações nas formas de conceber o adoecimento mental e o Cuidado, desde os manicômios até os serviços comunitários de Saúde Mental.

2.1.3 O Hospital Medicalizado e a Institucionalização da Loucura

A busca por uma compreensão do papel desempenhado pela internação entre os séculos XVII e XVIII, como recurso para contenção da loucura, remete-nos aos escritos de Michel Foucault em *História da Loucura na Idade Clássica* (1961), estudo no qual o autor pretendia descrever as representações da loucura como fenômeno histórico e social (CAPONI, 2009).

Anteriormente ao surgimento da Medicina social, houve na história ocidental outro modelo de organização médica: o modelo de exclusão aplicado à lepra. Na Idade Média, tão logo uma pessoa fosse identificada como leprosa, era expulsa dos muros da cidade e exilada num leprosário longínquo, a fim de que o espaço urbano fosse purificado. Medicalizar significava mandar alguém para fora a fim de que a população fosse purificada (FOUCAULT, 2011).

A exclusão dos leprosos e o final das Cruzadas promoveram um afastamento dos focos de infecção, o que resultou, ao final da Idade Média, no desaparecimento da lepra do mundo ocidental. Os estabelecimentos de internação destinados aos leprosos haviam se proliferado pela Europa e foram inicialmente ocupados pelos portadores de doenças venéreas. Os loucos, nesse período, tinham uma existência errante, uma vez que eram escorraçados das cidades e mantidos perambulando pelos campos longínquos, ou então confiados a grupos de mercadores e peregrinos (FOUCAULT, 2005a).

No entanto, essa prática de expulsão dos loucos não era sistemática. Há também registros sobre o acolhimento dado a eles pelos hospitais medievais próximos a suas cidades ou, ainda, de aprisionamento deles em cárceres. O Hôtel-Dieu de Paris ou o Holy Trinity em Salisbury (Inglaterra) são exemplos de hospitais gerais que acolhiam alienados entre seus pacientes desde o século XIV. Surgiram, também, nesse mesmo século, as “casas dos loucos” municipais, a exemplo da Dolhaus do Georhospital de Elbing ou a Tollkiste de Hamburgo (FOUCAULT, 2005a; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2012). Nesses hospitais, os loucos eram Cuidados por religiosos pertencentes a ordens, tais como os Cavaleiros da Ordem de São Lázaro ou Lazaristas e os Irmãos de São João de Deus, que foram, a partir do século XIX, substituídos por enfermeiros laicos e enfermeiros psiquiátricos (COLLIÈRE, 1999).

No século XV, encontra-se como representação pictórica e literária e também como trágica realidade social a figura da *stultifera navis* ou Nave dos Loucos. O enclausuramento dos insensatos em embarcações a fim de que descessem os rios, ainda que tivesse razões bastante obscuras, representou a procura por uma suposta razão perdida. Foucault (2005a) explica que a água simbolizava, ao mesmo tempo, o elemento purificador e a representação da instabilidade e incertezas associadas à desrazão. Além de seu caráter simbólico, essa prática respondia a uma demanda pública, representada pela deportação em massa dos loucos para fora do espaço da cidade. “A Nave dos Loucos é em última instância uma forma sofisticada de confinamento que localiza

aos afetados na posição do perpétuo passageiro, na encruzilhada infinita” (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2012, p. 4).

Na cultura europeia renascentista, encontramos uma variedade de sentidos atribuídos à loucura. Ao mesmo tempo em que, na literatura erudita, no teatro e na pintura, a loucura poderia estar ligada ao amor e à alegria, nos discursos acadêmicos, poderia aludir a sua própria defesa, quando denunciada, reivindicando para si o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a própria razão, ou ainda, o estar mais próxima da razão que a própria razão. O fascínio exercido pelas imagens da loucura nesta época estava em permitir ao homem que descobrisse um dos segredos e uma das vocações de sua natureza. Os loucos evocavam também um saber proibido, oculto (FOUCAULT, 2005a).

No entanto, no século XVI, a racionalidade do pensamento cartesiano excluiu a loucura do domínio no qual o sujeito detém seu direito à verdade, ou seja, do domínio da razão. Nesta nova *ratio*, “se o *homem* pode sempre ser louco, o *pensamento*, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato” (FOUCAULT, 2005a, p. 47).

A partir do século XVII, com a reorganização administrativa dos diversos estabelecimentos de internação existentes, surgiram vastas casas de internamento, que tinham como função recolher, alojar, alimentar, zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral dos pobres de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, seja na condição de válido ou inválido, doente ou convalescente, curável ou incurável. A reclusão de grandes parcelas da população europeia nessas casas de internação ficou conhecida como “a grande internação”. Assim, pode-se dizer que o modelo de controle mais visível na experiência clássica da loucura foi o internamento dos alienados (FOUCAULT, 2005a).

A partir da Revolução Francesa, a nova ordem econômica, política e social, o grande projeto civilizatório iluminista, concebeu o homem como ser moral, racionalmente autônomo e livre. Foram esses postulados do valor do indivíduo que deram base ao direito burguês, inicialmente com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, a qual explicitou os direitos civis referentes às liberdades básicas. Nesse arcabouço, construiu-se a ideia do cidadão, sujeito de direitos e deveres para com a *polis* (CASTEL, 1978 apud ROSA, 2008).

Simultaneamente ao discurso da liberdade e da igualdade no plano formal, era cristalizada a desigualdade social no plano real, uma vez que a realização da liberdade assumia diferentes conotações de acordo com a classe social a que o indivíduo pertencia (CASTEL, 1978

apud ROSA, 2008). A liberdade e a igualdade foram forjadas numa sociedade fundamentada na desigualdade.

Para Arendt (1983), com o surgimento da sociedade de massas, a esfera do social atingiu o ponto em que “abrange e controla, igualmente e com igual força, todos os membros de determinada comunidade”. Embora a sociedade anunciasse a vitória da igualdade no mundo moderno, para a autora, essa igualdade baseia-se no conformismo inerente à sociedade, o qual só é possível porque “o comportamento substitui a ação como principal forma de relação humana”. Essa ideia difere em todos os aspectos da igualdade dos tempos antigos e, especialmente, da igualdade na cidade-estado grega. Na *polis* grega, pertencer aos poucos iguais significava ter a permissão de viver entre pares; cada homem tinha que se distinguir de todos os outros e demonstrar que era o melhor de todos, por meio de seus feitos e realizações. A esfera pública, para Arendt, era reservada à individualidade, único lugar em que os homens podiam mostrar quem realmente e inconfundivelmente eram, como parte de um corpo político.

Ao contrário, na modernidade, os homens passaram a seguir unanimemente certas normas de conduta, de forma que aqueles que não seguissem as regras podiam ser considerados sociais ou anormais (ARENDT, 1983).

De fato, um dos constantes esforços do século XVIII consistiu em ajustar a velha noção jurídica de sujeito de direito à experiência de homem social, ancorando-se no pensamento político do Iluminismo. Essa dialética perpassou a constituição de uma nova noção de loucura e de novas práticas médicas. A Medicina positivista do século XIX admitirá como pressuposto

o fato de que a alienação do sujeito de direito pode e deve coincidir com a loucura do homem social, na unidade de uma realidade patológica que é ao mesmo tempo analisável em termos de direito e perceptível às formas mais imediatas da sensibilidade social (FOUCAULT, 2005a, p. 131).

A doença mental, que a Psiquiatria irá tomar como objeto, se constituirá lentamente como a dimensão mítica de um sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo social, mediante o pensamento político e moral do século XVII (FOUCAULT, 2005a).

Somando-se a esse contexto político, Martínez-Hernández (2012) propõe outros elementos de análise no sentido de compreender por que, em algum momento do desenvolvimento da cidade e do Estado modernos, a racionalidade clássica sobre a loucura não foi suficiente, requerendo uma regulação mais intervencionista para pôr um limite ao trânsito contínuo dos loucos. O autor problematiza que o desenvolvimento do Estado moderno, a estrutura político-econômica mercantilista, o aumento dos fluxos comerciais e, portanto, de mercadorias que ocuparam os exteriores abandonados das vilas e cidades devem ser levados em conta quando discutimos o surgimento dos manicômios. Na ótica desse autor, devemos nos perguntar, com certa cautela, se a emergência de uma lógica estadista, derivada do mercantilismo, seria a razão pela qual não se poderia mais permitir a existência de naves de loucos à deriva sem ordem nem conserto.

Nesse contexto, dá-se a marginalização do louco e da loucura na sociedade, uma vez que não poderiam contribuir para a legitimação da racionalidade burguesa e, assim, uma via promissora para equacionar o problema político e econômico que representava a loucura foi deslocá-la para a dimensão técnica, tornando a loucura administrável, medicalizando-a, tutelando-a por meio da Psiquiatria (DELGADO, 1992 apud ROSA, 2008).

Na mesma direção que Martínez-Hernández (2012), situamos a advertência de Foucault (1999, p. 36-37), para quem, ao analisar as formas regulamentadas e legítimas de poder, devamos nos ater a certas precauções de método. Para o autor, no caso da loucura, é fácil numa análise descendente mostrar que a burguesia tornou-se, a partir do fim do século XVI e início do século XVII, a classe dominante e que o louco, “sendo precisamente aquele que é inútil na produção industrial” deveria ser descartado. Mas, numa análise ascendente do fenômeno geral de dominação da classe burguesa, percebe-se a micromecânica do poder. Não houve, na ótica de Foucault (1999), a burguesia que pensou que a loucura deveria ser excluída, mas sim os mecanismos de exclusão da loucura, que produziram um certo lucro econômico e utilidade política, fazendo o sistema se solidificar e funcionar em seu conjunto. A burguesia, na opinião do autor, não se interessava pelos loucos, mas pelo poder que incidia sobre os loucos.

Para uma mais ampla compreensão do processo de institucionalização da loucura, que consistiu na internação indiscriminada das pessoas consideradas loucas nos asilos e manicômios, é imprescindível que nos reportemos ao surgimento da Psiquiatria clássica.

O contexto político e histórico de emergência da Psiquiatria clássica foi o da sociedade disciplinar do século XVIII. Em 1809, Philip Pinel escreveu seu *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale*. Essa obra serviu de referência para os alienistas e psiquiatras dos séculos XIX e parte do século XX, e estabeleceu as bases para um novo projeto de saber, bem como para as estratégias de intervenção da Psiquiatria clássica (CAPONI, 2012).

Pinel estabeleceu as diretrizes do “tratamento moral”, isto é, as estratégias disciplinares desenvolvidas no interior do asilo psiquiátrico, tais como as duchas, o cárcere, o isolamento e a camisa de força, como forma de normalizar os doentes e permitir a dominação das paixões e a recuperação da razão, pois, para ele, restituindo-se a normalidade perdida, a pessoa chegaria a ser livre (CAPONI, 2012).

Pela primeira vez na história, Pinel considerou o homem alienado (o homem social internado e sujeito jurídico interditado) como incapaz e como louco, no entanto, admitia que em toda loucura sempre permaneceria um resto de razão (FOUCAULT, 2005a; CAPONI, 2012). A autoridade e disciplina médicas passaram a representar o elo pedagógico no resgate da razão e a função dos hospícios, da mesma forma que os hospitais gerais, passou a ser “terapêutica.”⁴⁸ Dessa forma, o tratamento moral asilar permitiria a cada paciente o restabelecimento da confiança em si próprio e a restituição da razão perdida (CAPONI, 2012).

Embora o gesto de Pinel ao libertar os loucos das correntes tenha sido considerado como a primeira grande reforma psiquiátrica, não possibilitou a inscrição dos mesmos num espaço de liberdade, mas, ao contrário, fundou a ciência que os acorrentaria de um outro modo: classificando-os e tornando-os objetos de saberes, discursos e práticas atualizados na instituição da doença mental. Para essa nova Medicina mental, a doença e seus sintomas deveriam ser observados e classificados, o que deu origem às grandes síndromes comportamentais (CASTEL, 1978 apud AMARANTE, 1995; CAPONI, 2012).

A terminologia “tratamento moral” e o modo como Pinel articulava as condições físicas e morais dos doentes tiveram fortes influências dos estudos desenvolvidos por Jean Pierre George Cabanis

⁴⁸ A palavra “terapêutico(a)” será apresentada entre aspas no corpo do texto quando se aproximar da significação de tratamento medicamentoso relacionado ao diagnóstico de uma doença psiquiátrica e, portanto, distanciar-se de uma amplitude de significados que a ela podem ser atribuídos num contexto de clínica ampliada (BRASIL, 2008).

no sentido de fundamentar, em bases científicas e não mais metafísicas, as ciências do humano. Assim, quando Cabanis e Pinel se referem à moralidade, não querem discernir o bem do mal, nem mesmo questões éticas que envolvam o comportamento humano. Ao contrário, referem-se àquilo que se desenvolve no domínio dos comportamentos, da vontade e da paixão, de forma complementar ao físico (CAPONI, 2012).

O encerramento dos loucos no manicômio justificava-se a partir de dois grandes argumentos: a harmonia da ordem social e a eficácia “terapêutica” do isolamento (CAPONI, 2012). Para Esquirol⁴⁹, havia cinco razões para o encerramento “terapêutico” dos loucos: assegurar a sua segurança pessoal e a de sua família; libertá-los das influências exteriores; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico e impor novos hábitos intelectuais e morais (apud FOUCAULT, 2006).

Segundo Foucault (2011, p.122), a função do hospital psiquiátrico do século XIX era muito curiosa: “lugar de diagnóstico e de classificação [...], espaço fechado para o confronto, lugar de disputa, [...] de vitória e submissão. O grande médico do asilo” – “Mestre da Loucura” – era

aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, [...] aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la [...] pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente, [...] num jogo onde o que está em questão é o sobre-poder do médico (FOUCAULT, 2011, p. 122).

O autor destaca ainda que o hospício se parecia muito com a prisão onidisciplinar descrita por Baltard, uma vez que

na prisão o governo (...) pode regular para o homem o tempo da vigília e do sono, da atividade e do repouso, o número e a duração das refeições, a qualidade e a ração dos alimentos, a natureza e o produto do trabalho, o tempo da oração, o uso da palavra e, por assim dizer, até o do pensamento, aquela educação que, nos simples e curtos trajetos

⁴⁹ Jean-Étienne Dominique Esquirol foi um psiquiatra francês, discípulo de Philippe Pinel, sucedendo seu mestre em 1811, como chefe do Hospital de Salpêtrière em Paris.

do refeitório à oficina, da oficina à cela, regula os movimentos do corpo e até nos momentos de repouso determina o horário, aquela educação, em uma palavra, que se apodera do homem inteiro, de todas as faculdades físicas e morais que estão nele e do tempo em que ele mesmo está (BALTARD, 1829 apud FOUCAULT, 2010, p.222).

São muitas as simbologias relacionadas ao cotidiano dos manicômios. Martínez-Hernández (2012) empreende uma notável análise sobre a transição entre o não lugar do louco andarilho e o manicômio enquanto lugar onde o louco podia se ancorar. Segundo o autor, embora o manicômio tenha aprisionado o louco, supunha a concentração dos insensatos num espaço físico que é purificador e ao mesmo tempo incerto, tal como na Nave dos Loucos. A terapia moral tinha o mesmo efeito purificador da água, e a incerteza, por sua vez, não desapareceu do panorama social, pois o asilo simboliza o irracional, o inesperado e também o sinistro. Martínez-Hernández (2012) segue indagando: “O que é um manicômio, senão uma nave dos loucos ancorada nos confins da cidade e despojada de sua simbologia aquática?”. Essa pergunta certamente merece uma reflexão.

Outra similitude apontada pelo mesmo autor é que o modelo asilar, da mesma forma que a *stultifera navis*, não resolve o problema errante da loucura, senão simplesmente o contém. Persiste nos manicômios essa luta entre o controle e a mobilidade.

Os reclusos passeiam pela instituição com frequência sem rumo fixo ou com uma rotina inflexível, sobem e baixam as mesmas escadas vinte ou trinta vezes ao dia, vão do quarto ao refeitório, do refeitório à sala, da sala ao pátio, do pátio ao refeitório e do refeitório ao quarto de novo. [...] Quando passeiam pelo pátio caminham de um muro a outro do recinto, cinco vezes, dez vezes, vinte vezes. Se não podem mover-se fisicamente suprem esta falta evadindo-se psicologicamente. É como se seu movimento físico e sua evasão mental substituíssem o vaivém da *stultifera navis*. Se a Nave dos Loucos assumia em si mesma o movimento e assim em certa medida neutralizava, a estaticidade do manicômio acaba estabelecendo um modelo de contenção claramente forçado que se reflete nos itinerários

insistentes dos reclusos dentro da instituição (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2012, p.5-6).

Percebemos com clareza, a partir das análises de Foucault e Martínez-Hernández, que, assim como nos hospitais gerais o Cuidado tinha um caráter disciplinar, o mesmo pode ser afirmado sobre os manicômios. A organização deste espaço com fins “terapêuticos” permitia que os doentes fossem vigiados; o tempo deles fosse distribuído mediante uma rotina rígida de atividades cronologicamente dispostas, desde o acordar até o dormir; o espaço deles fosse delimitado, o corpo esquadrinhado. Dispunha-se de recursos “terapêuticos” escassos, podendo-se resumir a prescrição médica à aplicação de técnicas de docilização dos corpos e das mentes dos doentes.

O trabalho de Enfermagem em hospitais psiquiátricos era considerado inferior e cercado de preconceitos, uma vez que esse serviço oferecia condições insalubres, tanto pela superlotação, como pela suposta agressividade presente em todos os pacientes. O ingresso no hospital psiquiátrico acontecia, na maioria das vezes, não por afinidade, mas pela necessidade econômica de sobrevivência e pela oportunidade de ter uma profissão, visto que somente para as pessoas oriundas de classes sociais mais elevadas havia a possibilidade de uma escolha vocacional (KIRSHBAUM, 1997).

Foucault mostra-nos, em *O Poder Psiquiátrico* (2006), que a Psiquiatria surgiu como uma disciplina distinta da Medicina, embora seja considerada, na atualidade, uma especialidade dela. Segundo o autor, é difícil separar a história da Psiquiatria da história da Medicina, no entanto as práticas, modos de observação e diagnóstico adotados pela Psiquiatria eram irredutíveis aos da Medicina.

Foi por meio de sua relação com a Medicina que a Psiquiatria, contraditoriamente, encontrou sua legitimidade e prestígio. A análise comparativa de Foucault sobre os estudos médicos, anatômicos e neurológicos e os estudos psiquiátricos desvendou a existência de uma distinção entre o corpo anatomopatológico, o corpo neurológico e, em contraposição, a ausência de corpo que caracteriza a Psiquiatria. A Psiquiatria é, portanto, uma Medicina em que o corpo está ausente (CAPONI, 2012).

Os diagnósticos psiquiátricos buscavam, então, sustentação em três elementos: os interrogatórios, a hipnose e as drogas. Por isso, Foucault (2006) faz referência a um diagnóstico absoluto da Psiquiatria em oposição ao diagnóstico diferencial da Medicina clínica, de um

‘corpo ampliado’ como base para a constituição do saber-poder da Psiquiatria em relação à loucura (CAPONI, 2012).

Nessa mesma direção, Caponi (2012), em seu livro intitulado *Loucos e Degenerados: uma genealogia da Psiquiatria Ampliada*, ressaltava que a Psiquiatria se transformou em uma estratégia biopolítica que percorre o espaço social e cujo campo de ação passou a referir-se fundamentalmente às populações. A autora aprofunda seus estudos sobre a influência do conceito de degeneração em relação a essa nova “Psiquiatria Ampliada”, instaurada a partir do século XIX, marcadamente por influência de Morel (1857 apud CAPONI, 2012). Para ela, a nova variedade classificatória de doenças e anomalias permitiu a proliferação de um conjunto de doenças relacionadas a comportamentos e à instituição de uma Medicina do não patológico. Permitiu ainda que, nos séculos seguintes, a Psiquiatria investisse numa crescente medicalização de comportamentos cotidianos (CAPONI, 2012).

Caponi (2012) evidenciou que o conceito de degeneração sofreu variações em sua abordagem por diferentes expoentes da teoria degeneracionista, dando destaque a Cabanis, Morel e Magnan, de forma que esse conceito se perpetuou, embora transvertido por denominações modernas, como uma premissa da Psiquiatria moderna kraepeliniana e neo- kraepeliniana⁵⁰. Os degeneracionistas defendiam que a hereditariedade (herança mórbida) era o veículo de transmissão progressiva de toda forma de degeneração adquirida.

Dentre as certezas da Psiquiatria moderna, legitimadas pela teoria da degeneração, podemos enumerar algumas características que ainda hoje persistem, tais como:

⁵⁰ A Psiquiatria Preventiva moderna foi fundada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, fiel representante do positivismo e empirismo biomédico. Kraepelin manteve avivados os preceitos da Teoria da Degeneração como um eixo articulador de sua teoria sobre as doenças mentais, uma vez que considerava a hereditariedade como a primeira causa das afecções psiquiátricas, o que denominou como ‘constituição psíquica’ (CAPONI, MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2013). Vinculou as enfermidades psíquicas a fenômenos sociais amplos e diversos, o que pode ser evidenciado em sua eminente obra “*Sobre a questão da degeneração*” (1908), na qual defendeu o efeito nocivo que a vida urbana moderna produziria na Saúde Mental dos moradores das grandes cidades industriais (CAPONI, 2012). No entanto, apesar de suas acuradas histórias clínicas, a prioridade para Kraepelin era a correta classificação das diferentes categorias psicopatológicas (CAPONI, MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2013).

o caráter hereditário das patologias mentais, a impossibilidade de cura ou reversibilidade da loucura, a origem biológica, a localização cerebral dos transtornos psiquiátricos e a introdução do discurso sobre a prevenção e o Risco no âmbito da saúde mental (CAPONI, 2012, p. 175).

No entanto, embora as intervenções preventivas direcionadas ao tecido social, com o objetivo de antecipar e prevenir os desvios de comportamento e patologias cerebrais, fossem apregoadas pela Psiquiatria moderna, não houve avanços em termos de novas terapêuticas substitutivas ao hospital psiquiátrico, pois, como não se acreditava na cura das doenças mentais, o isolamento terapêutico continuou tendo sua legitimidade. Caponi (2012) ressalta que, quando os degeneracionistas limitaram o campo das doenças mentais à unicidade das causas orgânicas, restringiram a compreensão do sofrimento psíquico dos pacientes, desprezando seus relatos e a escuta terapêutica. Em outras palavras, tudo aquilo que não fosse biológico – tais como os sofrimentos individuais, os vínculos afetivos, as histórias de vida repletas de conquistas e fracassos, o trabalho, entre outros – foi explicitamente excluído dos recursos discursivos dos degeneracionistas, substituído por suas classificações nosológicas e considerado sem utilidade para a elaboração do diagnóstico.

Certamente essa estrutura de saber-poder contribuiu para que, entre os séculos XIX e XX, paralelamente ao desenvolvimento das instituições no modelo capitalista de produção – entre as quais, na área de saúde, o hospital tem lugar central –, fosse consolidado o modelo asilar como hegemônico na Psiquiatria. Esse modelo caracterizou-se pela ênfase na consideração das determinações orgânicas das doenças mentais e pela desconsideração da existência de um sujeito. Assim, esse sujeito não é considerado como participante do tratamento – eminentemente medicamentoso e dirigido ao organismo doente. No modelo asilar, o indivíduo doente e seu sofrimento foram dissociados de seu contexto social e cultural, permanecendo como o centro do problema que a loucura representa. Disso decorreu que seu isolamento “terapêutico” nos hospitais psiquiátricos continuasse justificado socialmente (COSTA-ROSA, 2000).

“É interessante constatar que o modelo clássico da Psiquiatria foi tão amplamente difundido, que influencia a prática psiquiátrica até nossos dias”, [...] o que talvez nos confirme “que sua validação social está muito mais nos efeitos de exclusão que opera, do que na

possibilidade de atualizar-se como um modelo pretensamente explicativo no campo da experimentação e tratamento das enfermidades mentais” (AMARANTE, 1995, p.52-53).

O processo de institucionalização da loucura, acima delineado, mostrou-se transversal ao processo de medicalização do sofrimento psíquico e ao estabelecimento de um campo de intervenção social da Psiquiatria com caráter preventivo.

Conforme abordamos no Capítulo 1, no campo da Psiquiatria, apenas a partir da década de 1940 do século XX, passaram a ser propostos modelos alternativos ao hospitalocêntrico. A partir de então, os processos de desospitalização e desinstitucionalização produziram um deslocamento do encarregar-se das populações mediante o isolamento “terapêutico” em instituições totais, nas quais o tratamento poderia perdurar por toda a vida, para uma nova noção de continuidade do tratamento. O tratamento comunitário estabeleceu uma relação espaço-temporal descontínua, expandindo-se a proteção da Saúde Mental para o espaço social, a fim de assegurar a totalidade das intervenções sobre uma pessoa, desde a prevenção até a pós-cura (CASTEL, 1987). O *locus* de atuação do psiquiatra não estaria mais situado no hospício, mas na cidade, no território (BONNAFÉ, 1960 apud CASTEL, 1987).

Já no século XIX, Morel (1857 apud CASTEL, 1987) introduzira a lógica do Risco (muito antes da formalização desse conceito), propondo o cálculo da frequência das doenças mentais e outras anomalias nas camadas desfavorecidas e o estabelecimento de relações causais entre as condições de vida e trabalho do subproletariado. Produziram-se as primeiras práticas de vigilância das famílias e populações com problemas, a fim de prevenir-se uma grande enfermidade. Fez-se menção inclusive a um tratamento moral generalizado, intuindo o que viria a ser uma política preventiva moderna, embora Morel não dispusesse de uma tecnologia específica para realizá-la (CASTEL, 1987).

Essa ambição de antecipar e prevenir os Riscos relacionados aos modos de vida das populações desfavorecidas foi atualizada, um século depois, pela tradição americana da Psiquiatria Preventiva de Lindeman e Caplan, mediante os centros comunitários de Saúde Mental (CASTEL, 1987).

O avanço do modelo de gestão do Estado neoliberal e o recuo do Estado de Bem-Estar Social⁵¹ resultou na reestruturação do campo da

⁵¹ No original: Welfare State

Ação Sanitária e Social, de forma que os Estados modernos ocidentais se lançaram, em nome da prevenção, a prover estratégias de “detecção sistemática das anomalias e de planejamento em longo prazo das redes de especialistas no quadro de uma gestão em massa das populações” (CASTEL, 1987, p.124).

Nesse contexto, o preventivismo representou um projeto de medicalização da ordem social, expandindo os preceitos médico-psiquiátricos para o campo das normas e princípios sociais; uma atualização e uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, estabelecendo um *continuum* entre a política de confinamento dos loucos e a moderna promoção da Saúde Mental (AMARANTE, 1995). Nas palavras de Michel Foucault (2008), um novo modelo de “gestão dos homens”.

Nessa transição de um modelo de Cuidados institucionalizados para um modelo comunitário de Cuidados em Saúde Mental, outros elementos e atores passaram a operar de forma a permitir que o novo modelo pudesse lograr êxito, tais como a família, a comunidade e uma rede de instituições implicadas.

Se os estudos de Michel Foucault sobre a História da Loucura, sobre o Nascimento do Hospital e da Medicina Social são enunciativos de que o Cuidado está implicado neste processo como um componente das estratégias disciplinares e biopolíticas no âmbito da Psiquiatria, que se dirigem às populações na profilaxia de processos degenerativos psíquicos, é preciso que questionemos o estatuto do Cuidado nesse novo modelo de atenção comunitária em Saúde Mental, desvendando suas transversalidades à problemática do Risco.

É nesse sentido que, na próxima seção, prosseguiremos na construção de uma análise argumentativa sobre o conceito de Risco, estabelecendo suas aproximações e contribuições ao estudo das discursividades e práticas de Cuidado em Saúde Mental.

2.2 IMPLICAÇÕES DO RISCO PARA O ESTUDO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A noção de Risco encontra-se bastante presente na atualidade – na mídia e no cotidiano das pessoas –, sendo recorrente a compreensão de que vivemos num ambiente globalizado, exposto aos mais diversos Riscos. O conceito de Risco vem sendo aplicado, a partir de diferentes concepções, a diversos campos científicos, tais como as Ciências

Econômicas, a Epidemiologia, a Engenharia, a Toxicologia e as Ciências Sociais. No campo das Ciências da Saúde, o conceito de Risco assume grande importância na adoção de práticas médicas preventivistas, o que tem demandado amplos investimentos acadêmicos e tecnológicos (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

O conceito de Risco é uma invenção da modernidade⁵² derivada da noção de perigo e do sentimento de medo. O medo é o nome que damos à nossa incerteza e ignorância da ameaça a que estamos submetidos. O medo é mais assustador quando se torna difuso, disperso, indistinto, desvinculado, desancorado, flutuante, sem motivos claros, sem uma explicação visível, sem um lugar determinado. Outra modalidade do medo, denominada “medo de segundo grau” ou “medo derivado”, pode ser definida como um sentimento de medo social e culturalmente construído, que orienta o comportamento humano havendo ou não uma ameaça imediata. Essa modalidade de medo deve ser compreendida como fruto de experiências passadas de enfrentamento a ameaças diretas. Envolve o sentimento de ser susceptível ao perigo, sugerindo uma sensação de insegurança e de vulnerabilidade (BAUMAN, 2008).

Quem primeiro problematizou as noções de medo e perigo, realçando seu simbolismo em diferentes culturas e estruturas sociais, foi a antropóloga inglesa Mary Douglas, na publicação, em 1966, de *Pureza e Perigo* (DOUGLAS, 1966). A teoria cultural dos Riscos formulada por Douglas caracteriza-se pela ênfase no caráter cultural de todas as definições de Risco, implicando uma pluralidade de racionalidades dos atores sociais na forma de lidar com os Riscos. “Quaisquer que sejam os Riscos objetivos, as organizações sociais vão reforçar aqueles perigos que possibilitem um reforço da ordem religiosa, política ou moral, a fim

⁵² Adotamos em nosso texto a definição de modernidade formulada por Giddens (1991). Segundo esse autor, a modernidade refere-se à organização social que emergiu na Europa, a partir do século XVII, e se tornou mundial em suas influências, mais acentuadamente no mundo ocidental. A modernidade caracterizou-se também pelo surgimento do sistema político do Estado-Nação, pela dependência da produção de fontes de energia, por um novo urbanismo, dentre outros. Consideramos como modernidade tardia o período compreendido entre os séculos XX e XXI, em que as consequências da modernidade se tornaram radicalizadas e universalizadas. Bauman (2008) denomina este período como modernidade líquida.

de que estas se mantenham coesas”⁵³(RAYNER, 1992, p. 87 apud GUVANT, 1998, p. 4).

De fato, a experiência do medo faz parte da vida humana desde sempre, em toda parte. Os perigos dependem da percepção individual de cada sujeito inserido num sistema social e podem ser de três tipos: os perigos que ameaçam o corpo e a propriedade; os perigos que ameaçam a durabilidade da ordem social (interferindo nas relações de confiabilidade quanto aos mecanismos de sobrevivência) e, ainda, os perigos que ameaçam o lugar da pessoa no mundo, sua posição na hierarquia social, sua identidade (de classe, de gênero, étnica, religiosa, por exemplo), implicando o medo da exclusão social. Conforme nos esclarece Bauman (2008), na experiência do medo derivado, nem sempre as pessoas conseguem correlacionar com clareza o seu sentimento de insegurança e vulnerabilidade a qualquer desses três tipos de perigo.

O advento da modernidade trouxe a promessa de um mundo livre dos temores em relação às catástrofes naturais, calamidades e a toda sorte de consequências da ignorância humana, admitindo-se que todas as ameaças, naturais ou morais, se tornariam previsíveis ou evitáveis pelo poder da razão. Na sociedade moderna, o desenvolvimento indiscriminado das forças de produção resultou num potencial destrutivo de larga escala em relação ao meio ambiente, que na era pré-moderna era considerado o principal causador das contingências humanas (GIDDENS, 1991).

Entre os séculos XVII e XVIII, os acidentes e contingências humanas foram desvinculados de sua conotação metafísica que remetia ao pecado, ao infortúnio e à desgraça. No século XIX, a compreensão sobre os acidentes mudou radicalmente, associando-se, de forma cada vez mais clara, à ideia de Risco, relacionada à possibilidade de evitar acidentes graves vinculados a condições precárias de trabalho e de vida (CAPONI, 2007).

⁵³ Embora Douglas tenha iniciado suas pesquisas pelo estudo antropológico de rituais de purificação e durante algum tempo a temática dos Riscos tenha permanecido secundária em suas pesquisas, a autora uniu-se, na década de 1980, a Aaron Wildavsky, cientista político norte-americano, para elaborar uma abordagem mais geral sobre os Riscos que incluísse tanto as sociedades modernas quanto as tribais, produzindo, em 1982, o livro *Risk and Culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers* (GUVANT, 1998).

Desde então, na sociedade industrial do Risco, a pobreza perdeu seu estatuto moral, passando a ser uma categoria explicativa sobre os Riscos e, assim, vinculou-se às políticas de proteção e seguridade social no âmbito do Estado do Bem-Estar Social. Nesse contexto, a proteção contra os Riscos implicou a constituição de estratégias de proteção que permitissem ao Estado oferecer garantias contra os acidentes de trabalho, o desemprego, a enfermidade ou as consequências do envelhecimento (CAPONI, 2007).

No entanto, com o avanço da sociedade industrial e do Estado moderno neoliberal, o rápido processo de globalização, envolvendo também os Riscos, tornou cada vez mais irrealizável a promessa de oferecer proteção às pessoas contra as ameaças da existência, principalmente as ameaças à ordem e exclusão sociais. O Estado foi, então, obrigado “a mudar a ênfase da proteção contra o medo dos perigos à segurança social para os perigos à segurança pessoal”, minimizando a luta contra os medos em prol do domínio de uma política da vida numa tentativa de tornar a vida com medo mais tolerável. “Política de vida” quer significar que a dimensão privada da vida humana – o pessoal e o individual – tornou-se o “político”⁵⁴ na sociedade líquido-moderna dos consumidores (BAUMAN, 2008, p. 11).

Nesse ambiente líquido-moderno, a luta contra os medos se tornou tarefa para a vida inteira, contra o impacto potencialmente incapacitante dos medos e contra os perigos, reais ou supostos, que nos atingem. Essa busca seria inóspita, pois, em um planeta globalizado, habitado por sociedades forçosamente abertas, a segurança não pode ser garantida de maneira confiável (BAUMAN, 2008).

A partir da problematização das relações entre peritos especialistas em cálculos de Risco e a forma como os leigos percebem os Riscos, Douglas e Wildavsky (1982 apud GUIVANT, 1998) questionaram a dificuldade dos peritos em prescrever objetivamente determinados níveis aceitáveis de segurança, uma vez que, mesmo com os avanços científico-tecnológicos, não podemos conhecer tudo sobre os Riscos e muito menos oferecer garantias de que aqueles que as pessoas procuram evitar serão definitivamente controlados.

Diferentemente da Teoria Cultural dos Riscos de Douglas, Ulrich Beck e Anthony Giddens dirigiram suas análises para as especificidades dos Riscos contemporâneos em detrimento das abordagens sobre a

⁵⁴ Político aqui se encontra entre aspas para chamar a atenção para o fato de que Bauman (2008), assim como Arendt (1983), consideram esse processo como eminentemente apolítico ou antipolítico.

percepção dos Riscos. Para esses autores, a sociedade contemporânea caracteriza-se pela radicalização dos princípios que orientaram o processo de modernização industrial, o que marcaria a passagem da sociedade de classes para a Sociedade do Risco ou da Modernização Reflexiva (BECK, 2010).

Prosseguindo na perspectiva analítica desses sociólogos, as sociedades altamente industrializadas enfrentam Riscos ambientais e tecnológicos que lhe são centrais e constitutivos. Esses Riscos não devem ser considerados apenas como efeitos colaterais do progresso, mas como resultado de uma autonomização das forças desta sociedade, ameaçando toda forma de vida no planeta (GUIVANT, 1998). Houve uma inversão na lógica da produção de riquezas que caracterizou a modernidade clássica, pois passou-se à lógica da produção de Riscos na sociedade (industrial) do Risco (BECK, 2010).

Ademais, “o processo de modernização tornou-se reflexivo, convertendo-se a si mesmo em tema e problema” (BECK, 2010, p. 24). A reflexividade da vida social moderna evidencia-se pelo fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformuladas à luz de informações renovadas sobre essas próprias práticas, alterando constitutivamente seu caráter (GIDDENS, 1991). Nesse sentido, aumenta a importância social e política do conhecimento e, conseqüentemente, do acesso aos meios de manipulá-lo por meio da ciência e disseminá-lo por meio dos meios de comunicação de massa. A sociedade do Risco é também a sociedade da ciência, da mídia e da informação (BECK, 2010).

No campo da Saúde, a abordagem quantitativista do Risco⁵⁵ é predominante na Epidemiologia que opera com grupos populacionais, que se baseia no pressuposto de que a diversidade dos indivíduos será distribuída de modo homogêneo em amostras selecionadas, produzindo-se uma média (CASTIEL; GUILAM, 2007).

Essa tradição teórica, desde a década de 1960, inaugurou o conceito de Risco, pavimentado no pressuposto de uma regularidade do mundo, de forma que os Riscos pudessem ser supostamente calculados a fim de que se chegasse ao parâmetro do “Risco aceitável”, o que significa que um nível de Risco pode ser utilizado como norma para atividades voluntárias (GUIVANT, 1998). No entanto, a sociedade

⁵⁵ Nesta vertente teórica, Riscos significa a probabilidade de perigo, geralmente, com ameaça física para o ser humano e/ou para o meio ambiente, dentro de uma perspectiva favorável de que algo venha a ocorrer, sendo sinônimo de possibilidade ou chance (CASTIEL; GUILAM, 2007).

industrial do Risco não é assim rotinizada, monótona e repetitiva, de forma que essa conceituação de Risco não pode adequar-se a sua dinâmica social, na qual os efeitos das ações se propagam muito além do alcance de uma rotina de controle ou do planejamento de ações. O que torna nosso mundo vulnerável são justamente os perigos de probabilidade não calculável (BAUMAN, 2008).

Uma das mais importantes críticas a esta abordagem refere-se ao fato que, ao reduzir as variações individuais a uma média, é criada uma entidade que passa a ter uma existência autônoma e objetivável, independentemente dos complexos contextos socioculturais das pessoas que, sendo dinâmicos e subjetivos, não deveriam ser categorizados de modo demasiadamente simplificador pela nomenclatura de “variáveis psicossociais” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 23-25).

Numa lógica ainda mais perversa, as médias ocultam as situações socialmente desiguais de ameaça. Embora Beck (2010) seja categórico ao afirmar que a sociedade do Risco não é uma sociedade de classes, dada a relativização das diferenças e fronteiras sociais frente à ampliação dos Riscos da modernização, “as capacidades de lidar com situações de Risco, de contorná-las ou compensá-las, acabam sendo desigualmente distribuídas entre distintas camadas de renda e educação” (p. 42).

Em consequência disso, ressaltamos a forte influência da vertente clássica da Epidemiologia no processo de individualização da responsabilidade sobre os Riscos. Tanto em relação aos Riscos vinculados aos estilos de vida como aos Riscos clássicos vinculados ao mundo do trabalho e às condições de pobreza, nessa nova organicidade, cada indivíduo deve assumir sua responsabilidade no enfrentamento das situações de Risco.

Portanto, Caponi (2007) analisa que a preocupação quanto aos Riscos parece ter-se deslocado das carências relativas às iniquidades sociais para uma série de Riscos estatisticamente definidos, a partir dos quais se prescrevem normas e estilos de vida desejáveis. Esse contexto mais amplo terá influências determinantes sobre o campo da Saúde, conforme passaremos a discorrer.

O informe Lalonde⁵⁶, publicado no Canadá em 1974, e o relatório *Healthy People*, publicado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar do governo dos Estados Unidos da América em 1979, ampliaram o conceito do “campo da saúde” que, tradicionalmente, estava vinculado à Medicina (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

⁵⁶ Esse nome faz alusão ao então ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde.

O novo conceito de “campo da saúde”, para buscar soluções e produzir respostas aos problemas de saúde pública, passou a ser constituído por um conjunto de quatro elementos: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde. Ambos os documentos estiveram vinculados à abordagem comportamentalista conservadora de promoção da saúde, predominante nos anos 1970 e fortemente fundada na noção de fatores de Risco produzida por vertentes clássicas da Epidemiologia. Essa abordagem incentivava os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde mediante mudanças comportamentais e de estilo de vida, com a finalidade de reduzir os gastos com o sistema de saúde (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

Nessa nova racionalidade, a prevenção se transformou na antecipação da ocorrência de enfermidades, anomalias ou comportamentos desviantes que deverão, portanto, ser minimizados. Paralelamente, os comportamentos saudáveis deverão ser maximizados (RABINOW, 1999 apud CAPONI, 2007).

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) empreendeu discussões em prol da superação das imprecisões e limitações da abordagem comportamentalista, surgindo então a ‘nova promoção da saúde’. Essa abordagem foi também denominada socioambiental ou socioecológica e teve como marco a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986, no Canadá. A abordagem socioambiental não abandonou a ideia de Risco epidemiológico⁵⁷, mas dirigiu seu foco para os condicionantes ambientais, sociais, econômicos e culturais da saúde, deslocando a ênfase na medicalização da saúde para as políticas públicas e a intersetorialidade (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

No entanto, é indiscutível que a inserção da noção de Risco no campo da saúde inaugurou uma nova condição medicalizável: o paciente nem doente, nem saudável, ou seja, o paciente de Risco ou que está em Risco. A promoção de estilos de vida saudáveis, a prescrição de atividade física, o estímulo aos hábitos alimentares saudáveis – dentre outras intervenções relacionadas à promoção da saúde – estão no cerne

⁵⁷ O conceito de Risco epidemiológico refere-se à monitorização e à definição de estratégias de regulação de Riscos no campo da saúde, tecnicamente viabilizadas pelos avanços nas técnicas de cálculo estatístico, mediante métodos epidemiológicos sofisticados, utilizados na estimativa da probabilidade de ocorrência de eventos de saúde e doença associados a determinadas exposições (CZERESNIA, 2004).

da medicalização do cotidiano social, da patologização dos comportamentos e da culpabilização da vítima, que se caracteriza pela responsabilização do indivíduo por suas ações e condição de vida (LUPTON, 1995 apud CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Esse processo, a que Crawford (1980 apud CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 65) denomina *salutarismo*, seria uma das “manifestações da ideologia dominante que contribui para proteger a ordem social de análises críticas e de reestruturações, configurando-se, assim, como uma forma sutil de controle social”.

As estratégias de prevenção de doenças, na perspectiva de análise foucaultiana, são interpretadas como capazes de exercer uma função disciplinar de controle e regulação. A lógica de normalizar o comportamento de indivíduos e grupos sociais permeia o processo de regulação em que os sujeitos são impelidos a realizar voluntariamente escolhas saudáveis, orientadas por cálculos de Risco. Nessa perspectiva, o Risco é compreendido como tecnologia moral, por meio da qual indivíduos e grupos sociais são manejados para estar em conformidade aos objetivos do Estado neoliberal. “Cria-se uma esfera de liberdade para os sujeitos, para que estejam aptos a Cuidarem de si mesmos, exercendo uma autonomia regulada” (CZERESNIA, 2004, p. 451). Nesse sentido, as políticas e programas voltados para a proteção e recuperação da saúde podem ser considerados como ações de gestão de Riscos, inseridas nas estratégias do biopoder contemporâneo (SPINK, 2001; FOUCAULT, 2008a).

Uma vez que identificar e reduzir Riscos tornou-se objetivo central da saúde pública e, ainda, que a gestão de Riscos é nuclear ao discurso da promoção da saúde, concebida, segundo a Carta de Ottawa, como processo de capacitação da comunidade para que ela própria possa participar e controlar ações para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde, Czeresnia (2004) propõe-nos uma questão de extrema relevância: que concepção de sujeito está sendo moldada a partir de discursos e práticas voltados à sua capacitação para escolha informada de Riscos à saúde, calculados com base no conhecimento científico?

Devido a essa lógica, na qual o Risco não surge da presença de uma situação concreta, de forma que o objetivo passa a ser o de evitar todas as formas prováveis de irrupção do perigo, dissolve-se ainda mais a noção de sujeito ou de indivíduo concreto, substituindo-a por uma combinatória de fatores de Risco.

Para Czeresnia (2004) e Ayres (2006), substituiu-se uma relação direta – face a face – entre profissional (cuidador) e indivíduo (cuidado), pela prevenção da frequência de ocorrência na população de

comportamentos indesejáveis que produzem Risco em geral. Assim, questionamo-nos: quais as implicações dessa nova forma de produção de subjetividades para as relações de Cuidado em saúde? Qual o estatuto do Cuidado em Saúde nessa cadeia de estratégias de prevenção dos Riscos?

Um elemento importante constitutivo dessa nova racionalidade presente na sociedade do Risco é a crise de confiança. Numa esclarecedora análise sobre em que se tornou a nossa sociedade globalizada após acontecimentos como o terremoto-incêndio-maremoto que destruiu Lisboa em 1755, Auschwitz, Hiroshima, entre outras catástrofes, Bauman (2008, p. 91) nos coloca diante da questão de que “o mal pode estar oculto em *qualquer lugar*”⁵⁸, não havendo marcas distintivas de quais pessoas possam estar a seu serviço. As relações humanas tornaram-se espaços de incerteza, não mais proporcionando conforto e tranquilidade. Ao contrário, constituíram-se numa importante fonte de ansiedade, de forma que não são mais uma via para a dissipação dos medos.

Em um planeta estreitamente envolvido na rede de interdependência humana, nada que os outros façam ou possam fazer, nos deixa seguros de que não afetará nossas esperanças, chances e sonhos. Nada que nós façamos ou deixemos de fazer nos permite afirmar com confiança que não afetará as esperanças, chances e sonhos de alguns outros que não conhecemos [...] (BAUMAN, 2008, p. 128).

Num outro extremo da questão sobre o mal, o extraordinário aumento da capacidade técnica da Medicina durante o século XX ampliou as possibilidades terapêuticas para um elevado número de doenças, reduzindo os sofrimentos humanos por elas produzidos, no entanto promoveu um afastamento crescente dos demais sofrimentos concretos do ser humano. Essa contradição está claramente expressa na seguinte afirmação de Norbert Elias: “o Cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao Cuidado com seus órgãos” (ELIAS, 2001 apud CZERESNIA, 2004, p. 453).

Um novo elemento para essa análise pode ser encontrado em Mitjavila (2002), quando retoma a problemática da crise da modernidade tardia e apresenta como uma de suas facetas a submissão

⁵⁸ Grifo do autor

dos sujeitos tanto individuais quanto coletivos a uma lógica de mercado simbólica. A economia de consumo gera um ciclo de criação de insumos, produtos e serviços destinados ao enfrentamento do medo e gestão dos Riscos, que serão consumidos por consumidores amedrontados e esperançosos de que os perigos que temem sejam obrigados a recuar (BAUMAN, 2008).

Mitjavila (2002) analisa ainda que a constituição de uma cultura do Risco sugere-nos a emergência de duas novas dimensões institucionais da crise da modernidade:

o fracasso relativo das velhas ou precedentes respostas às ameaças para a vida social (cf. Douglas, 1990), por um lado, e, por outro lado, o caráter produtivo do Risco como conceito e como dispositivo suscetível de agir, de maneira flexível, perante os desafios da crise, na gestão da incerteza. Nessa direção, a propriedade imunizadora com relação ao fracasso constitui uma das bases primordiais da versatilidade do Risco como conceito. Na medida em que ele opera por intermédio de enunciados sobre o futuro, qualquer medição – em termos de probabilidade e/ou improbabilidade – será fictícia e, por isso, sem compromisso (MITJAVILA, 2002, p. 132).

Assim, os sistemas abstratos ou sistemas peritos, como a Medicina, que por muito tempo foram responsáveis pela administração dos perigos, cada vez que deviam diagnosticar e predizer o futuro de situações concretas, únicas, operavam num universo da certeza, em que as predições que não se cumpriam vinham a se converter em fontes de fracasso, no que diz respeito à capacidade preditiva do conhecimento técnico. Na sociedade do Risco, esses sistemas peritos passaram a operar na lógica da incerteza relativa aos Riscos. As intervenções técnicas baseadas em enunciados probabilísticos possuem uma forte proteção contra os eventuais acontecimentos que se afastem das predições, já que o fracasso pode ser fundamentado em uma explicação e/ou intervenção, não na certeza, mas na probabilidade de acontecer o que fora anunciado (MITJAVILA, 2002).

Esse é o universo da incerteza, típico dos discursos e das práticas de uma sociedade do Risco. Este é o *modus operandi* de uma Medicina do não patológico, para a qual as fronteiras entre o normal e o patológico são imprecisas e ambíguas; de uma Medicina vigilante, que propõe invariavelmente que os indivíduos produzam contínuas redescrições subjetivas acerca de seus estatutos como pessoa sadia ou normal (CAPONI, 2009; CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Uma Medicina que tem como principal força motriz a associação entre estilos de vida saudáveis e uma cadeia de intervenções médico-farmacêuticas que cresce em progressão geométrica (BAUMAN, 2008).

No caso da Psiquiatria, desde o século XIX, a inexistência de uma lesão orgânica que justificasse as classificações nosológicas dos transtornos mentais colocava em questão o estatuto científico do saber psiquiátrico. As novas propostas preventivistas da Psiquiatria Ampliada tinham como pano de fundo a possibilidade de intervir no corpo ampliado (representado pela herança patológica), que se projeta para além do individual, incluindo estratégias de gestão médicas dirigidas às famílias e aos grupos (CAPONI, 2012).

Em decorrência disso, a Psiquiatria Preventiva, representada pelos adeptos da Psiquiatria neo-kraepeliana, tem ampliado, ainda na atualidade, suas estratégias biopolíticas dirigidas às populações, instituindo medidas de prevenção dos múltiplos Riscos passíveis de produzirem adoecimento mental. A recente publicação do DSM-V⁵⁹ é um exemplo emblemático do que afirma Beck (2010, p. 38): “o efeito social das definições de Risco não depende, portanto, de sua solidez científica”.

O DSM-V é um modelo híbrido de diagnósticos em Psiquiatria que lança mão de duas abordagens metodológicas: um modelo denominado categórico, que se baseia na *expertise* clínica, nos estudos já publicados e novos dados a fim de definir os critérios diagnósticos para um transtorno mental específico. Foi a partir desse modelo que, desde o século XIX, a Psiquiatria se alinhou a outras especialidades médicas, permitindo a consolidação dele: um segundo modelo denominado dimensional, que se utiliza de escalas biopsicométricas (insuficientemente testadas) para inventariar os sintomas que o paciente apresenta e elucidar a severidade com que o transtorno psiquiátrico se manifesta (FRANCES, 2010; ABORAYA, 2012).

⁵⁹ *Diagnostic and Statistical Manual*, da Associação Americana de Psiquiatria, versão V.

A princípio ambas as abordagens são complementares, permitindo uma maior “assertividade” nas categorias diagnósticas. No entanto, ao mesmo tempo em que o DSM-V permitiria uma redução de diagnósticos falsos negativos em se tratando de transtornos que tenham limites difusos em relação à normalidade (estima-se que estes sejam da ordem de dois terços dos 365 transtornos descritos no DSM IV-TR), produzirá de forma iatrogênica o efeito inverso – a elevação do número de diagnósticos falso-positivos, permitindo que milhões de pessoas sejam categorizadas desnecessariamente como portadoras de transtornos mentais (FRANCES, 2010; ABORAYA, 2012).

O DSM-V representa, numa perspectiva crítica, o “amplificador do Risco”, expressão que Beck (2010, p. 40) utiliza para se referir à extensão futura dos danos atualmente previsíveis. Os Riscos, para esse autor, têm a ver com antecipação, com destruições que ainda não ocorreram, mas são iminentes, não se esgotando em efeitos e danos já ocorridos. “O núcleo da consciência do Risco não está no presente, e sim no futuro”.

É preciso ressaltar que os autores supracitados são unânimes quanto ao fato de que não devemos menosprezar a importância das ações preventivas ou dos conhecimentos sobre os Riscos, mas sim ‘ajustar as lentes’ através das quais analisamos os fenômenos próprios do campo da saúde, em especial, da saúde coletiva. Sobre essa questão Caponi (2007, p.2) nos propõe a seguinte reflexão: “é possível estabelecer diferenças entre estes Riscos que indicam a antecipação de um perigo que pode e deve ser socialmente evitado, e a explosão de novos riscos que patologizam os infortúnios que são parte da condição humana?”

Os discursos sobre o Risco nos dizem da ambivalência da nossa época, a qual se manifesta sob múltiplas facetas, dentre as quais, a insegurança emocional e as incertezas veiculadas pela racionalidade da ciência moderna. O individualismo, o desvanecimento dos vínculos humanos e o abandono da solidariedade estão cravados em uma das faces da moeda da globalização (BAUMAN, 2008). Trata-se, a nosso ver, de tentar cunhar na outra face da moeda um novo horizonte ético existencial. Trata-se, também, nas palavras de Castel (2003 apud CAPONI, 2007), de nos negarmos a aceitar que inevitavelmente devemos conviver com a sensibilidade própria da Sociedade do Risco, que sobrevaloriza a noção de Risco. Para o autor, é possível e desejável que nos posicionemos contra a proliferação de Riscos que caracteriza a modernidade tardia.

Essa proposição nos leva a delimitar a seguinte problematização como perspectiva analítica desta pesquisa de doutoramento: o conceito de Risco epidemiológico encontra-se representado nos marcos epistemológicos, nos saberes e nas estratégias discursivas por meio das quais o conceito de Cuidado em Saúde Mental assume uma determinada configuração para operar no campo da Saúde Mental no Brasil?

A fim de que possamos elucidar essa questão, buscaremos referências nos estudos de Spink (2007 et al., 2012). A autora explica que a palavra Risco possui uma longa trajetória discursiva, assumindo conotações variadas, específicas a cada campo do saber. Ela identificou, ao longo de seus estudos, três tradições discursivas sobre o conceito de Risco, que demarcam campos de gestão: a fala do senso-comum sobre perigos, a perspectiva de controle e da disciplina e a perspectiva da aventura.

A primeira tradição, que antecede o surgimento da palavra Risco e a formalização do conceito de Risco (SPINK, 2001), está relacionada ao perigo presente nas experiências imprevisíveis que fogem às possibilidades de cálculo. Para a autora, embora esta seja uma tradição raramente considerada nas análises de Risco, está bem presente nas análises discursivas dos modos de falar sobre Riscos no cotidiano. Essa tradição é denominada pela autora como tradição Risco-perigo e é representada pelo glossário composto pelos seguintes vocábulos: ameaça, perda, sorte, perigo/perigoso, azar, fortuna(do), fatalidade, obstáculo, aventura, destino (SPINK *et al.*, 2007; 2012).

A segunda tradição vincula-se à perspectiva histórica dos discursos sobre o Risco relacionados à governamentalidade em Michel Foucault (SPINK *et al.*, 2007; 2012). Nessa tradição, as discursividades sobre o Riscos referem-se às estratégias de governo das populações, instauradas desde a modernidade clássica a partir do estabelecimento de complexos cálculos estatísticos, bem como dos processos de disciplinarização da vida privada das pessoas. O conceito de Risco como probabilidade de ocorrência tornou-se, mediante essa tradição, central em campos do conhecimento, como a Epidemiologia, tendo forte representatividade nas ciências da saúde de forma geral. O vocabulário próprio dessa tradição adota os termos Risco, aposta, chance, seguro/segurança, probabilidade, prevenir/prevenção, arriscar/arriscado – muitos deles presentes nos discursos dos atores do campo da saúde pública.

A terceira tradição, denominada Risco-Aventura, aproxima os campos da Economia e dos Esportes e, ao contrário das anteriores, apresenta a positividade da aventura, com a conotação de que correr

Riscos seria uma prática necessária para se alcançarem determinados ganhos. Invertendo a lógica da governamentalidade, os Riscos que, em outros contextos, devem ser evitados, devem ser agora desejados. Essa tradição tem suas peculiaridades discursivas, adotando um glossário composto por palavras como: aventura, adrenalina, emoção, radical, extremo, desafio e ousadia (SPINK et al., 2007; 2012).

Embora cada um dos territórios linguísticos vinculados a essas tradições desenvolvam vocabulários específicos, representando repertórios linguísticos ativados em nossos enunciados sobre o Risco, no espaço de práticas cotidianas, podemos nos liberar das ordens disciplinares de discurso, de forma que esses repertórios podem se apresentar desordenadamente, em nossas produções discursivas cotidianas. Em outras palavras, tais “glossários se libertam de amarras estruturais, tornando-se repertórios disponíveis para dar sentido a nossas experiências” (SPINK, 2012, p. 16).

Partindo-se, então, desses repertórios linguísticos sobre o Risco para a categorização das fontes documentais que comporão a presente pesquisa, interessa-nos desvendar que repertórios linguísticos sobre os Riscos são transversais aos discursos sobre o Cuidado em Saúde Mental. Teremos por referência que a lógica do Risco encontra-se relacionada à psiquiatrização dos comportamentos desde o final do século XIX (CAPONI, 2012) e que as pessoas estão familiarizadas com o uso da linguagem dos Riscos em práticas sociais diversas, conforme evidenciaram os estudos de Spink (SPINK et al., 2007; 2012).

3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DESVENDANDO AS DISCURSIVIDADES PRESENTES NOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Neste capítulo apresentaremos as análises referentes às discursividades sobre o Cuidado em Saúde Mental presentes nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental. A fim de identificar quais as configurações que a noção de Cuidado em Saúde Mental alcançou no decorrer do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, tomaremos como ponto de partida a análise dos relatórios dessas Conferências, uma vez que elas têm sido, ao longo do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, os fóruns privilegiados de sistematização dos avanços técnicos e político-sociais, agregando uma diversidade de atores comprometidos com a luta antimanicomial e com a constituição do campo da Saúde Mental no Brasil.

A análise desses relatórios nos permitirá ter uma visão global do contexto técnico e político do processo de reforma psiquiátrica, traduzidos nas discursividades que circulavam no campo da Saúde Mental nos períodos históricos em que ocorreram as conferências.

Adotaremos como referência a periodização do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro proposta por Paulo Amarante (1995, p.87). Essa periodização encontra-se embasada numa concepção de reforma psiquiátrica enquanto “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da Psiquiatria”. São consideradas as trajetórias empreendidas ao longo do processo, uma vez que a noção de trajetória permite uma visualização de percursos e caminhos que por muitas vezes se entrecruzam e se sobrepõem na construção de uma linha prático-discursiva (AMARANTE, 1995).

O período inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi denominado como *trajetória alternativa*, apontando para a conjuntura dos últimos anos do regime militar, em que a estratégia autoritária foi confrontada pelo crescimento da insatisfação popular. Reivindicou-se o aumento da participação política dos cidadãos a fim de problematizar-se a estrutura e organização do poder, as políticas sociais e econômicas, bem como as condições de vida e trabalho. O crescimento dos movimentos sociais de oposição à ditadura militar, representados por partidos políticos, sindicatos, associações e outros movimentos e entidades da vida civil, demandou melhores serviços e condições de vida (AMARANTE, 1995).

Nesse período, surgiram importantes manifestações no setor saúde, destacando-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), criados em 1976, que tiveram participação ativa na estruturação das bases políticas das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. Em 1978, foi criado o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), um movimento plural que oportunizou a participação de profissionais de todas as categorias profissionais e, mais, configurou-se como o primeiro movimento em saúde com ampla participação popular, defendendo bandeiras da luta popular no campo da Saúde Mental. Esse movimento teve grande importância no encaminhamento de propostas de transformação do modelo de assistência psiquiátrica, tornando-se expoente da luta antimanicomial (AMARANTE, 1995).

Um marco desse período foi a ‘cogestão’, uma ação interministerial, envolvendo o Ministério da Saúde e o da Previdência Social para a reestruturação dos hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Seguiram-se a essa ação iniciativas de reorganização dos serviços públicos de Saúde Mental em vários Estados brasileiros, a partir de intenso protagonismo dos militantes do MTSM (AMARANTE, 1995).

Podemos ainda mencionar como marcos desse período o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no âmbito da Previdência Social e as Ações Integradas de Saúde (AIS-1985). A partir das AIS, constituíram-se os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que criaram a base para implantação do Sistema Único de Saúde como resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (AMARANTE, 1995).

Os Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (1985) estenderam-se às demais regiões do país e culminaram na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, que marcou o fim do período denominado por Amarante (1995) de *trajetória sanitarista*. Essa Conferência ocorreu sob fortes conflitos políticos entre os membros do MTSM, os diretores da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e os dirigentes da DINSAM, principalmente pelas tentativas da DINSAM em cercear o processo de debate democrático, marcado por forte participação popular, que caracterizou essa Conferência.

Discute-se que a trajetória sanitarista representou uma tentativa de estabelecer reformas no sistema psiquiátrico vigente, sem, no entanto, trabalhar o âmago da questão: a desconstrução do paradigma psiquiátrico. Essa desconstrução deveria voltar-se para a construção de

novas formas de atenção e de cuidados, admitindo-se novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades. Portanto, ao passo que a I CNSM marca o fim da trajetória sanitaria da RPB, desencadeou o início de uma nova trajetória – a da **desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção**. Essa trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo de RPB que deixa de ser restrito ao campo técnico-assistencial para articular-se aos campos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1995).⁶⁰

Delimitados os marcos e trajetórias MRPB, prosseguiremos analisando as contribuições de cada uma das CNSM à introdução da noção de Cuidado no campo da Saúde Mental.

3.1 A I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES À INTRODUÇÃO DA NOÇÃO DE CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A I CNSM ocorreu no período de 25 a 28 de junho de 1987, com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, usuários e demais segmentos representativos da sociedade. Os debates foram estruturados a partir de três eixos temáticos: Economia, Sociedade e Estado – Impactos sobre a Saúde e a Doença Mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental – Direitos, Deveres e Legislação do Doente Mental (BRASIL, 1988).

A partir da análise textual do relatório da I CNSM, foi possível perceber no tópico “Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre Saúde e Doença Mental” que o texto apresenta ancoragem nas categorias marxistas da mais valia, capital, meios de produção, classe dominante e classe trabalhadora, atribuindo-se a precariedade das condições de vida da maioria da população brasileira ao avanço do

⁶⁰ A trajetória da desinstitucionalização teve início na segunda metade da década de 1980, período de acontecimentos importantes como a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, I CNSM, II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (o “Congresso de Bauru”), a criação do 1º CAPS em São Paulo e do 1º Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado nº3.657/89 e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 (AMARANTE, 1995).

modo capitalista de produção, com sérias repercussões sobre as condicionantes de saúde da população (BRASIL, 1988).

No tópico “Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental”, assim como no tópico anteriormente mencionado, a Reforma Psiquiátrica é situada como uma concretização da Reforma Sanitária, utilizando-se predominantemente a terminologia Saúde Mental para delimitar um campo social bastante específico em processo de estruturação.

Reafirmam-se os princípios da universalidade, descentralização, regionalização, hierarquização e controle social na saúde, como princípios compartilhados entre o processo de RPB e o de Reforma Sanitária (BRASIL, 1988).

Ao mesmo tempo em que concordamos que haja uma intrínseca relação entre ambos os processos quanto as origens deles e as mudanças sociais que ensejaram (YASUI, 2010), é também necessário considerar que o MRPB se distancia do movimento de Reforma Sanitária, pelo fato de que o MRPB sempre procurou manter presente o debate sobre a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença, demarcando sua posição desinstitucionalizante, enquanto que o movimento de Reforma Sanitária se distancia da “problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social” (AMARANTE, 1995, p.94).

No tópico “Cidadania e Doença Mental – Direitos, Deveres e Legislação do Doente Mental” são destacadas as recomendações feitas à Assembleia Constituinte e as propostas de reformulação da legislação ordinária, objetivando-se delinear os dispositivos legais que garantissem a cidadania plena ao doente mental (BRASIL, 1988).

A I CNSM apresenta a proposta de um novo modelo assistencial, com ênfase na desospitalização e na

implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, propiciando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificidade de cada categoria (BRASIL, 1988, p.19).

Outro aspecto relevante foi o debate sobre a medicalização⁶¹ da saúde empreendido na I CNSM, podendo-se destacar, dentre os argumentos mencionados, a seguinte afirmação:

A medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos (BRASIL, 1988, p. 21).

Outro argumento, presente no texto da I CNSM, que põe em discussão a medicalização da saúde no Brasil foi a proposta de estatização da indústria farmacêutica, o que, embora não tenha sido viável num contexto de avanço do liberalismo, deixa clara a percepção de como essa indústria esteve envolvida no processo de medicalização e privatização da saúde.

O texto da I CNSM representa um avanço em relação ao modelo hegemônico de assistência psiquiátrica quando faz referência à concepção de “construção social do processo saúde-doença” e reconhece a necessidade de “prudência ao se caracterizar comportamento alternativo de inserção social como doença mental, evitando a utilização do saber e das técnicas médico-psicológicas para a prática de discriminação e dominação”. Essa concepção abarca também o “reconhecimento de que a doença mental esteja ligada às condições em que ocorrem as atividades produtivas” (BRASIL, 1988, p.21, 26).

A partir do processo de decodificação do texto da I CNSM e posterior categorização, foi possível identificar um conjunto de enunciados correlatos aos pressupostos da Psiquiatria Preventiva norte-

⁶¹ Para Conrad (2007), a medicalização é um processo através do qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, traduzindo-se em doenças. Significa dizer que um problema será definido, utilizando-se o jargão médico, compreendido a partir da adoção de conceitos médicos e tratado por meio de intervenções médicas. Para o autor, há uma série de forças sociais e econômicas que sobredeterminam a prática médica, ao que denomina de “motores da medicalização”, portanto, a compreensão da medicalização como um processo é central na obra do autor. Conrad chama a atenção para o risco de se interpretar o termo “medicalização” como um movimento da corporação médica, afastando-se de uma compreensão mais ampla que considere sua dimensão processual.

americana, assim como enunciados relativos ao conceito de Risco Epidemiológico. Assim, encontra-se perceptível no texto dessa Conferência o debate entre duas perspectivas teóricas e políticas antagônicas no campo da Saúde Mental: de um lado, a vertente que propõe a superação da medicalização da saúde; de outro, a vertente da Psiquiatria Preventiva, fortemente implicada nas estratégias medicalizantes.

É possível observar, no escopo das proposições de um novo modelo assistencial, a reivindicação de “revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em Saúde Mental, no sentido de se impedir a disseminação de práticas de controle social pela impregnação ideológica do saber” (BRASIL, 1988, p. 19). Há nessa citação uma importante referência à necessidade de superação da lógica presente no modo asilar, em que o fluxo dos poderes decisório e de coordenação se dava verticalmente, de forma que o saber médico servia de eixo estruturante para o trabalho dos demais membros da equipe de saúde (COSTA-ROSA, 2000; TAVARES, 2005).

Como anexo ao relatório da I CNSM, encontra-se a proposta de “Política de Saúde Mental da Nova República”, publicada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, DINSAM, em julho de 1985, ano que antecedeu a realização da I CNSM. Nesse documento, podemos encontrar argumentos em favor da inserção dos pressupostos da Psiquiatria Preventiva no novo modelo de atenção em Saúde Mental que viria, a partir de então, ser construído no Brasil (BRASIL, 1988).

Para a elaboração de uma nova política nacional de Saúde Mental, foram convidados os coordenadores de Saúde Mental de cada Estado, a direção do INAMPS, as lideranças estaduais e nacionais dos trabalhadores em Saúde Mental, os dirigentes de instituições federais, responsáveis pelo planejamento e implementação de ações em Saúde Mental, e os líderes sociais. Esses atores reuniram-se no VII Encontro Nacional de Psiquiatria Preventiva e Social, cujo debate tomou por referência a proposta de política de Saúde Mental, formulada pela direção da DINSAM/MS (BRASIL, 1988).

Essa proposta inicia apresentando o panorama geral da deterioração da situação de vida e de saúde da população brasileira, face ao êxodo rural, a concentração de renda, aos altos índices de desemprego e, em contrapartida, o impacto significativo do número de internamentos psiquiátricos sobre os custos com internações hospitalares no Brasil (BRASIL, 1988).

Na continuidade da proposta, passa-se a apresentar a complexa situação da Saúde Mental enquanto questão de saúde pública, baseando-se em dados de estudos epidemiológicos sobre as doenças mentais em grupos populacionais brasileiros, que mostravam “taxas de prevalência em torno de 20 por cento” (BRASIL, 1988, p. 36).

Esses estudos referiam-se às populações pobres e marginalizadas, chegando, inclusive, a encontrar taxas bem mais elevadas do que aquela média. Mesmo com dados imprecisos, há outras indicações de que o contingente populacional atingido por doenças mentais é enorme, principalmente nas faixas marginais da população (BRASIL, 1988, p. 36).

Os articuladores reconheciam que a rede de atenção psiquiátrica brasileira caracterizava-se por um modelo asilar e cronificador, confrontando “as modernas aquisições preventivas e terapêuticas”, porquanto tivesse “como pedras basilares o privilegiamento do setor privado e a marginalização da Saúde Mental em relação à saúde geral” (BRASIL, 1988, p. 36). Estiveram diretamente envolvidos na elaboração dessa proposta os Psiquiatras da ABP, que adotaram uma postura de apoio à revisão do modelo de assistência psiquiátrica brasileiro sem, no entanto, abrir mão da vertente preventivista herdada da Psiquiatria americana caplaniana.⁶²

Essa proposta incluiu também uma discussão sobre a necessidade de delimitação do campo de ação da Saúde Mental, indicando duas dimensões dessa ação: uma dirigida à **totalidade da população**⁶³, competindo aos agentes desse campo a comunicação de conhecimentos sobre os fatores ambientais, sociais, familiares, individuais e genéticos que poderiam atuar no sentido do favorecimento à Saúde Mental, ou, inversamente, ao adoecimento mental. Quanto a essa primeira dimensão, afirma-se que o campo de ação estende-se a **100 por cento da população**⁶⁴ e que a ação em Saúde Mental deveria ser essencialmente pedagógica em seus objetivos. Outra dimensão proposta

⁶² O psiquiatra Gerald Caplan foi o fundador do modelo da Psiquiatria Preventiva americana, daí a expressão “caplaniana”.

⁶³ Grifo nosso

⁶⁴ Grifo nosso

refere-se ao campo restrito à faixa da população doente ou com ***alto risco de adoecimento***⁶⁵. Uma vez mais, caracteriza-se a adoção de elementos discursivos correlatos à Psiquiatria Preventiva e ao conceito de Risco Epidemiológico.

Recorremos à obra *História da Psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico*, de Jurandir Freire Costa (2006)⁶⁶, para discutir a filiação dos psiquiatras da ABP aos pressupostos da Psiquiatria Preventiva americana. Para o autor, a partir da década de 1930, a Psiquiatria brasileira estabeleceu os parâmetros do saber psiquiátrico moderno a partir da justaposição de três tipos de discurso: o discurso organicista, o preventivista e o psicoterápico.

Estes discursos caracterizam-se pela multiplicidade dos campos prático-teóricos que abordam ou constituem, campos que não são redutíveis ou conversíveis entre si. Seus agentes de enunciação, objetos de conhecimento, locais de produção e interlocutores qualificados foram criados e legitimados em função de estratégias de poder/saber diversas: reconhecimento científico; prestígio político-profissional; interesses corporativos, econômicos, etc. (COSTA, 2006, p. 11).

O resgate da história da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), entre as décadas de 20 a 30 do século XX, empreendido por Costa (2006), permitiu-nos compreender que “o corpo racional de conhecimentos que deu suporte ao pensamento psiquiátrico foi apenas um dos elementos responsáveis pelas percepções históricas e contingentes da saúde e doença mental” (COSTA, 2006, p. 11). O autor reafirmou a Psiquiatria enquanto um conjunto de práticas sociais, de forma que não se deve esperar que houvesse unidade no conhecimento psiquiátrico.

Foucault (2006) e Caponi (2012), conforme anteriormente discutido no capítulo 2, analisam que, na segunda metade do século

⁶⁵ Grifo nosso

⁶⁶ No supramencionado estudo, o autor demonstrou como o contexto cultural influenciou as teorias psiquiátricas tomando como objeto de estudo o pensamento psiquiátrico da Liga Brasileira de Higiene Mental, no período de 1928 a 1934 (COSTA, 2006).

XIX, os avanços dos estudos experimentais anatomopatológicos permitiram à Medicina Clínica a construção de diagnósticos diferenciais. No entanto, a Psiquiatria não logrou êxito em estabelecer novas explicações anatômicas e neurológicas a suas categorias nosológicas, de forma que a distinção entre o corpo anatomopatológico e o corpo neurológico contrapunha-se à ausência de corpo da Psiquiatria.

A legitimação dos saberes e das práticas psiquiátricas se deu pelo investimento nos interrogatórios, na hipnose e nas drogas. O arcabouço teórico que permitiu a Psiquiatria caracterizar um corpo ampliado, uma vez constatada a inexistência de uma lesão orgânica que justificasse a doença mental, foi o da herança mórbida e, posteriormente, da Teoria da Degeneração (CAPONI, 2012). A noção de herança foi um modo de dar corpo à doença (FOUCAULT, 2006).

É necessário retomar essa temática a fim de estabelecer uma aproximação ao que afirma Costa (2006) com relação à dificuldade que os psiquiatras da LBHM tiveram em delimitar o campo próprio à Psiquiatria no Brasil. Esses psiquiatras associavam indevidamente os problemas psiquiátricos aos problemas culturais em geral, atribuindo a ambos uma causalidade biológica fundamentada na Psiquiatria organicista eugênica alemã, que “justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade”. Para Costa, “o biologismo da LBHM tinha um fundamento ideológico e não científico” (COSTA, 2006, p. 36-37).

Em consequência, desde 1926, os psiquiatras introduziram uma nova concepção de prevenção que determinava que a ação terapêutica fosse exercida já no período pré-patogênico, quando ainda não são perceptíveis sinais de adoecimento mental. Essa concepção produziu o deslocamento dos cuidados psiquiátricos do indivíduo doente para o normal. Os programas de higiene mental, desenvolvidos a partir de então, se apoiavam na noção de eugenia⁶⁷, originária dos meios intelectuais europeus do começo do século XX, permitindo aos psiquiatras ampliar as fronteiras da Psiquiatria e adentrar o campo social. A Psiquiatria posicionou-se em favor do Estado ao promover mecanismos de embranquecimento (eugenia como higiene psíquica individual) e purificação racial (eugenia como higiene social da raça),

⁶⁷ Pode-se compreender “Eugenia” como um termo proposto pelo fisiologista inglês Galton para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física como mentalmente (PEQUIGNOT, 1970 apud COSTA, 2006).

que deveriam favorecer a solução das vicissitudes da República, pois se admitia que uma das principais razões da crise do sistema republicano estava nas condições raciais naturais constitutivas do Estado brasileiro (COSTA, 2006)⁶⁸.

Costa considerou irrefletida a adesão dos psiquiatras brasileiros (desde a década de 1960) à *prevenção e atuação na comunidade*⁶⁹, vinculadas aos projetos de ação social do governo americano, que objetivaram o enfrentamento dos distúrbios políticos ocorridos nos Estados Unidos da América, entre as décadas de 1960 e 1970. O autor atribui essa atitude a uma “desatenção ou subestimação do papel dos contextos históricos na produção de teorias”, resultando na reprodução do “esquema geral de atrelamento da Psiquiatria a objetivos político-sociais estranhos à micro ou à macropolítica psiquiátricas” (COSTA, 2006, p. 10).

No entanto, há nesse período outra virada epistemológica que não podemos deixar de realçar, a fim de que possamos dar amplitude a nossas análises. A partir da segunda metade da década de 1960 desenvolveram-se as teorias sobre a Sociedade do Risco. O ponto de partida foi a Teoria Cultural dos Riscos, da antropóloga inglesa Mary Douglas, que discutiu o caráter cultural das definições de Risco, problematizando as noções de medo e perigo (DOUGLAS, 1966). Posteriormente, prosseguiu-se com o desenvolvimento de outras vertentes de análise, tais como as de Ulrich Beck e Anthony Giddens, que discutiram sobre as especificidades dos Riscos contemporâneos, dentre outras (GIDDENS, 1991; BECK, 2010).

Essas abordagens foram impulsionadas pela mudança na racionalidade da vida humana nos grandes centros urbanos em processo de industrialização, desde o século XIX, quando a compreensão sobre os

⁶⁸ É importante mencionar que o psiquiatra baiano Juliano Moreira, além de ter exercido relevante papel na consolidação da Psiquiatria brasileira moderna, mediante a renovação teórica por ele empreendida, a sua ligação com as ideias de Kraepelin, bem como as transformações das práticas terapêuticas que realizou durante sua atuação como diretor do Hospital Nacional de Alienados, desenvolveu pesquisas sobre a sífilis e a *dementia paralytica*, através das quais demonstrou que a raça e o clima não tinham peso na evolução da doença, mas sim as condições prévias de saúde e as relacionadas ao *status* social dos doentes. Ressalta-se ainda sua posição, contrária àquela dominante entre os cientistas da época, discordando tanto da suposta influência deletéria da mestiçagem na saúde física e mental do povo brasileiro, quanto da crença na inferioridade mental inata da “raça negra” (ODA, PICCININI, DALGALARRONDO, 2005).

⁶⁹ Grifos do autor

acidentes e a percepção dos Riscos modificou-se, de modo a ser possível pensar na prevenção aos Riscos. Embora o avanço da sociedade industrial apontasse cada vez mais a impossibilidade de concretizar essa expectativa, desenvolveram-se políticas de proteção e seguridade social no âmbito do Estado de Bem-Estar Social, envolvendo a constituição de redes de *expertise* profissional que se uniram ao Estado na busca pela proteção contra os acidentes de trabalho, o desemprego, a doença (CAPONI, 2007; CASTEL, 1987).

É preciso analisar as implicações desse processo no campo da Psiquiatria e da Saúde Mental e, nessa direção, tomaremos por base o clássico de Robert Castel, “*A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria a pós-psicanálise*” (1987).

Com o avanço do liberalismo nas sociedades ocidentais, o saber médico-psicológico tornou-se instrumento “de uma política de gestão diferencial das populações” (CASTEL, 1987, p.101). Apoiou-se na sofisticação das tecnologias da informática, que permitiram o empreendimento de cálculos estatísticos dos mais complexos para integrar a administração da ação social reorientada para a prevenção sistemática dos Riscos (CASTEL, 1987).

O saber médico-psicológico, na sua nova função de *expertise*, passou a proporcionar códigos científicos de objetivação das diferenças, de forma que toda diferença, a partir do momento em que fosse objetivada, possibilitaria a elaboração de um perfil. Origina-se dessa lógica a possibilidade da gestão de perfis humanos. O saber psiquiátrico passou a servir de fundamento para legitimar o funcionamento institucional, a exemplo da escola ou do trabalho. Foi possível distinguir o deficiente, o doente mental, o trabalhador eficiente, o desempregado, as crianças e os adultos “com riscos”⁷⁰. Nesse contexto, Risco pode ser interpretado “pela presença de um ou de uma associação de critérios, uns de ordem médica, outros de ordem social” (CASTEL, 1987, p. 114).

Dentre as consequências da serialização das populações, está a redução da diversidade dos indivíduos a uma média, o que os homogeneiza. Essa é a lógica circunscrita à abordagem quantitativista do Risco, predominante no campo da Epidemiologia. Outra consequência foi que os perfis populacionais traçados a partir de critérios de Risco não constituem grupos sociais concretos, mas artifícios com fins administrativos no bojo das políticas sociais (CASTEL, 1987). Assim, estes grupamentos humanos não têm a possibilidade de organização política a fim de reivindicar direitos. No

⁷⁰ Grifo do autor

campo da Saúde, por exemplo, tais grupamentos formam biossociabilidades, constituindo-se em sociabilidades apolíticas que se distanciam dos padrões tradicionais de agrupamento por classe ou orientação política, mas atendem a critérios de desempenho físico, doenças específicas, longevidade, dentre outros (ORTEGA, 2004).

Houve uma mudança de ênfase, em que o Estado minimizou a luta contra os medos em prol do domínio de uma política da vida, de forma que a dimensão privada da vida humana – o pessoal e o individual – tornou-se o político, o biopolítico (FOUCAULT, 1994; BAUMAN, 2008; CAPONI, 2012). A política se dissolveu em políticas individualizantes que objetivam compensar as diferenças de um grupo biopolítico, tendo como consequência o esquecimento de ideais políticos e sociais mais abrangentes (ORTEGA, 2004). Caracterizou-se uma estratégia geral de gestão das diferenças, das fragilidades e dos Riscos das sociedades neoliberais, nas quais se instituiu uma contratualidade entre o trabalho do Estado, do setor privado e das corporações profissionais (CASTEL, 1987).

Para a Psiquiatria moderna, em consequência, ocorreu um deslocamento do encarregar-se das populações mediante o encerramento em instituições especiais onde se prestava um tratamento completo, que poderia perdurar por toda a vida (e que na maioria dos contextos assumiu características totalitárias), para uma nova noção de continuidade do tratamento, que admitiria um tempo/espço descontínuo adentrando a capilaridade do espaço social, a fim de assegurar a totalidade das intervenções sobre uma pessoa, desde a prevenção até a pós-cura (CASTEL, 1987). O *locus* de atuação do psiquiatra não estaria mais situado no hospício, mas na cidade, no território, ampliando-se a proteção da Saúde Mental (BONNAFÉ, 1960 apud CASTEL, 1987).

Para a Psiquiatria clássica, a noção de periculosidade traduzia-se pela percepção do doente mental como suscetível de uma passagem ao ato imprevisível e violento, a depender da subjetividade do julgamento do psiquiatra, resultando no intervencionismo representado ou pelo encarceramento ou ainda pela esterilização (CASTEL, 1987).

A partir de 1857, para Morel (apud CASTEL, 1987) o cálculo da frequência das doenças mentais e outras anomalias nas camadas desfavorecidas e o estabelecimento de relações causais entre as condições de vida e trabalho do subproletariado permitiram que a lógica do Risco objetivo fosse considerada. Foi proposta, a partir de então, uma vigilância das famílias e populações com problemas, a fim de prevenir uma grande enfermidade. Fez-se menção inclusive a um tratamento moral generalizado, intuindo o que viria a ser uma política preventiva

moderna, embora Morel não dispusesse de uma tecnologia específica para realizá-la (CASTEL, 1987).

Essa ambição de antecipar e prevenir os riscos relacionados aos modos de vida das populações desfavorecidas foi atualizada, um século depois, pela tradição americana da Psiquiatria Preventiva de Lindeman e Caplan, mediante os centros comunitários de Saúde Mental (CASTEL, 1987).

Conforme discutido no capítulo 2, as intervenções da Psiquiatria Preventiva baseavam-se no trabalho comunitário por meio do qual as equipes de saúde exerciam o papel de consultores, assessores ou peritos, fornecendo normas e padrões de valor ético e moral sustentados pelo conhecimento científico, como também a utilização da técnica do *screening*⁷¹ que objetivava a identificação precoce de casos suspeitos de enfermidade em um grupo social (AMARANTE, 1995).

No entanto, ao mesmo tempo em que o modelo da Psiquiatria Preventiva promoveu a desospitalização e estimulou a ampliação de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, passando-se a oferecer uma variedade de opções de serviços extra-hospitalares⁷², houve um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar, pela aplicação dos *screening* e outros mecanismos de captação, fazendo ingressar novos contingentes de pacientes. Assim, não havia espaço para a transferência dos egressos das internações psiquiátricas para serviços intermediários, resultando na permanência dos internos e, em muitos contextos, no aumento do número de internações, uma vez que o modelo asilar foi retroalimentado pelo circuito preventivista (AMARANTE, 1995).

Mas foi no avanço do modelo de gestão do Estado neoliberal e no recuo do Estado de Bem-Estar Social⁷³, o qual trazia consigo a concepção de uma assistência pública, que a Psiquiatria Preventiva, contraditoriamente, encontrou seus principais limites. Nesse novo modelo político-econômico, o Estado deixou de ter o monopólio do bem público, passando a assumir um papel de regulador, definindo as regras gerais de gestão. Permitiu avançar a iniciativa privada e o modelo de

⁷¹ Segundo Lancetti (1989 apud AMARANTE, 1995), o termo *screening* pode significar proteção contra ou seleção. A tradução brasileira de Caplan optou pela expressão “programa de triagem”, enquanto a espanhola preferiu “programa de procura de suspeitos”.

⁷² Tais como centros de Saúde Mental, Hospitais Dia, Oficinas, Lares abrigados, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, dentre outros.

⁷³ No original: Welfare State

associativismo, em função do estímulo ao espírito de iniciativa, a fim de que a prestação de serviços pudesse se expandir para todo o tecido social (CASTEL, 1987).

A filosofia neoliberal foi determinante para a reestruturação do campo da Ação Sanitária e Social, de forma que todos os Estados modernos se lançaram, em nome da prevenção, a prover estratégias de “detecção sistemática das anomalias e de planejamento em longo prazo das redes de especialistas no quadro de uma gestão em massa das populações” (CASTEL, 1987, p.124).

Assim, o preventivismo representou um novo projeto de medicalização da ordem social, expandindo os preceitos médico-psiquiátricos para o campo das normas e princípios sociais; uma atualização e uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, estabelecendo um *continuum* entre a política de confinamento dos loucos e a moderna promoção da Saúde Mental (AMARANTE, 1995). Nas palavras de Michel Foucault (2008), um novo modelo de “gestão dos homens”.

Foi esse, portanto, o arcabouço histórico e político em que se fundamentaram os debates da I CNSM. Não devemos supor que todos os atores envolvidos na construção dos argumentos que subsidiaram a nova política de Saúde Mental brasileira, que viria a ser delineada a partir desta conferência, tivessem clareza das implicações de se defender a permanência dos pressupostos da Psiquiatria Preventiva. Mas podemos afirmar, sem medo de estar cometendo um equívoco, que esse debate esteve bastante explícito, conforme mencionado anteriormente.

Uma constatação decorrente da análise do texto da I CNSM foi a inexistência de qualquer abordagem direta sobre o Cuidado em Saúde Mental, de forma que a palavra “Cuidado” não foi visualizada nenhuma vez no supramencionado texto nem nos anexos a ele. O debate em torno da reformulação do modelo assistencial foi construído sem que essa discursividade estivesse presente em quaisquer teorizações.

De fato, ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou as práticas terapêuticas da Psiquiatria nos hospitais especializados de características asilares foi marcada por atos produtores de relações de dominação e violência (YASUI, 2010). Se partirmos dessa constatação, podemos considerar bastante pertinente que, nesse período histórico relativo às primeiras trajetórias da RPB, não tenhamos nos reportado ao vocábulo Cuidado, sob o risco de corromper seu real sentido.

Podemos sugerir igualmente que, justamente por estarmos diante de uma situação social e política crítica e insustentável, este tenha sido o

pano de fundo sobre o qual foram introduzidas (BOFF, 2012), nas políticas de Saúde Mental, as discursividades sobre o Cuidado em Saúde Mental, presentes marcadamente a partir do relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

É possível afirmar, com base nos escritos de Foucault, em sua *Arqueologia do Saber* (2012), que esse período representou a dimensão pré-discursiva da noção de Cuidado. Na próxima seção, a análise do relatório da II CNSM nos permitirá identificar os enunciados e formações discursivas em torno dos quais foram introduzidas, no campo da Saúde Mental brasileiro, as práticas discursivas em torno do Cuidado.

3.2 A II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: INTRODUÇÃO DA NOÇÃO DE CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, intitulada “A Reestruturação da Assistência à Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania”, foi realizada no período de 1 a 4 de dezembro de 1992. Objetivou promover a discussão democrática entre os diversos setores da sociedade em torno da definição de diretrizes gerais para a RPB articulada à Reforma Sanitária Brasileira, orientando a reorganização da atenção em Saúde Mental no Brasil nos planos assistencial e jurídico-institucional (BRASIL, 1994).

A realização da II CNSM foi a culminância de um processo composto pelas 150 conferências municipais e 24 estaduais, respectivamente, nas quais foram indicados delegados para compor a plenária dessa II CNSM. O total estimado de atores envolvidos nas três etapas foi de 20.000 pessoas, dentre as quais estiveram presentes usuários, técnicos, prestadores de serviços e representantes do governo. Os marcos conceituais em torno dos quais se estabeleceram os debates na direção de uma nova política de Saúde Mental foram a atenção integral e a cidadania (BRASIL, 1994).

Essa conferência teve como documentos norteadores as resoluções da Conferência Regional de Caracas para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica nas Américas (1990) e da IX Conferência Nacional de Saúde (1992). Dentre as subtemáticas que compuseram os debates no âmbito da II CNSM⁷⁴, podemos mencionar: I- Crise, Democracia e

⁷⁴ O relatório da II CNSM está estruturado em três partes. Na primeira, são apresentados os marcos conceituais da Atenção Integral e da Cidadania que sustentaram as deliberações dessa CNSM. A primeira parte está subdividida em

Reforma Psiquiátrica; II- Modelos de Atenção em Saúde Mental – Marcos Conceituais, Gerenciamento, Comissão Gestora e Controle Social, Municipalização e Distritalização, Recursos Humanos, Financiamento, Vigilância em Saúde e Integralidade das Ações, Doença Mental, Família e Comunidade; e III- Direitos de Cidadania – Revisão de Legislação Psiquiátrica, Direitos Civis.

Essa Conferência ocorreu no contexto de junção das estruturas administrativas do INAMPS e do MS, o que acarretou a implantação de um comando único em cada esfera governamental. A partir de então se deu o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental, inclusive com a implementação de novos mecanismos de financiamento, sob a coordenação da área de Saúde Mental do MS. Esse processo caracterizou-se pela ampliação da pactuação política entre os atores sociais e, para isso, as CNSM foram imprescindíveis (BRASIL, 2001).

A II CNSM contou com ampla adesão e participação em suas diversas etapas (municipal, estadual e federal), merecendo destaque a expressiva participação do segmento dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 2001).

Os debates da II CNSM tomaram como referência uma série de documentos⁷⁵ representativos das ideias e disputas que se projetavam no campo da Saúde Mental, entre as décadas de 1980 e 1990. Trata-se dos seguintes documentos: 1) regimento interno da II CNSM; 2) relatório final da I CNSM; 3) Declaração de Caracas/OPAS/OMS; 4) relatório final da Oficina da ABRASCO, intitulada “Reforma Psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de cuidado”, realizada em Porto Alegre, em maio de 1992; 5) o texto “Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil”, de autoria de Domingos Sávio do Nascimento Alves⁷⁶, Eliane Maria Fleury Seid, Alfredo Schechtman e Rosane Correia e Silva⁷⁷; 6) as portarias da Secretaria Nacional de

dois capítulos: "Da atenção integral" e "Da cidadania". A segunda parte trata das deliberações referentes ao modelo de atenção e ao marco da municipalização da saúde, sendo constituída dos capítulos "Recomendações gerais", "Financiamento", "Gerenciamento", "Vigilância" e “Dos trabalhadores de saúde, da organização do trabalho e da pesquisa”. A terceira parte abordou os direitos e a legislação, compondo-se dos capítulos "Questões gerais sobre a revisão legal necessária", "Direitos civis e cidadania", "Direitos trabalhistas", "Drogas e legislação" e "Direitos dos usuários" (BRASIL, 1994).

⁷⁵ Tais documentos foram apresentados como anexos do Relatório da II CNSM.

⁷⁶ Coordenador de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

⁷⁷ Chefia de Serviço da Coordenação de Saúde Mental/DPROC/SNAS/MS.

Assistência à Saúde/MS 189/91 (D.O.U. 11/12/91), a qual aprovou os grupos e procedimentos da Tabela do SIH-SUS na área de Saúde Mental, dentre outras disposições, e 224/92 (D.O.U. 30/01/92), que estabeleceu diretrizes para a estruturação de uma rede de atenção à Saúde Mental assim como as normas para o atendimento ambulatorial para a implantação de Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial e para o atendimento hospitalar; 7) a Proposta da Federação Brasileira de Hospitais para um novo Programa de Atenção em Saúde Mental; 8) a resolução da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em dezembro de 1991, que estabeleceu os princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental; 9) o artigo “A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil”, de autoria de Ana Maria Fernandes Pitta⁷⁸ e Sueli Gandolfi Dallari⁷⁹; 10) o pronunciamento do Dr. Salomão Rodrigues Filho no Seminário Atenção à Saúde Mental no Brasil, promovido pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, realizado dia 05 de junho de 1991 e intitulado “SAÚDE MENTAL E CIDADANIA – Necessidade de Uma Nova Legislação”; 11) o artigo de Eduardo Mourão Vasconcelos, “Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional. Uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil”, publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, no ano de 1990⁸⁰; e 12) o artigo de Pedro Gabriel Godinho Delgado⁸¹, intitulado “Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo”, apresentado na mesa redonda “Reforma Psiquiátrica e Cidadania”, organizada pela ABRASCO, na 43ª Reunião Anual da SBPC, no Campus da UFRJ, Rio de Janeiro, em 17 de julho de 1991 (BRASIL, 1994).

⁷⁸ Professora Assistente-Doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; membro da Diretoria do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário.

⁷⁹ Professora Assistente-Doutor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Coordenadora Científica do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário.

⁸⁰ VASCONCELOS, Eduardo Mourão de. Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional. Uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. **J Bras. Psiq.**, v. 39, n. 5, p. 228-235, 1990.

⁸¹ Psiquiatra, professor da Faculdade de Medicina da UFRJ (Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do HUCFF), consultor da COEP/Colônia Juliano Moreira.

Esses documentos trazem ideias, posicionamentos técnicos, políticos – tanto hegemônicos como contra hegemônicos – e princípios e diretrizes que serviram de base para a construção de uma nova política de Saúde Mental no Brasil. Situam-se no contexto do final da década de 1980 e início da década de 1990, quando uma série de diferentes iniciativas clamou pelo respeito aos direitos dos pacientes psiquiátricos, pelo reconhecimento de sua cidadania e por mudanças na legislação que regulava a assistência psiquiátrica, particularmente no que dizia respeito ao modelo hospitalocêntrico vigente e às internações involuntárias.

No ano de 1989, podemos destacar a Declaração de Luxor sobre os Direitos Humanos dos Doentes Mentais, da Federação Mundial para Saúde Mental e, no Brasil, o Projeto de Lei nº 3647, do deputado Paulo Delgado. Esse projeto apontou pela primeira vez, no campo legislativo, a necessidade de transformação da regulamentação da assistência psiquiátrica, potencializando o debate em todo o país e estimulando a criação de leis de orientação semelhante em vários Estados e municípios (JORGE; FRANÇA, 2001; BRASIL, 2001).

Em 1990, surgiu a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Panamericana da Saúde. Finalmente, nesse mesmo período, a Assembleia Geral da ONU adotou, em dezembro de 1991, os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental, dentre outros anteriormente enumerados (JORGE; FRANÇA, 2001).

Devido à importância desse *corpus* de documentos como fontes históricas, todos foram incluídos, em ordem cronológica, na análise textual desta pesquisa. Concomitantemente à abordagem feita sobre eles, introduziremos as análises referentes ao relatório final da II CNSM, vislumbrando as aproximações e distanciamentos que se estabelecem em relação aos seus documentos norteadores.

Uma vez delimitados o contexto e a abrangência da II CNSM, prosseguiremos desvendando quais as discursividades sobre o Cuidado em Saúde Mental estão presentes nos diferentes cenários e instâncias nos quais os supramencionados documentos foram produzidos.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro originou-se, enquanto um movimento social, propondo mudanças sociais e políticas que culminaram na transformação do modelo assistencial em Saúde Mental, cujas consequências extrapolaram este campo da saúde. A constituição de uma rede de serviços de atenção à Saúde Mental e a busca pela ruptura teórico-conceitual e técnico-assistencial em relação

aos pressupostos do modelo asilar possibilitaram a construção de novos instrumentos teóricos e técnicos promotores de mudanças no campo da Saúde Mental (YASUI, 2010).

Nesse ínterim, surgiram novos conceitos ferramentas a partir da apropriação, definição, construção e (re) construção de noções e conceitos de diferentes campos do saber. Yasui (2010) destaca cinco conceitos ferramentas que permitiram ressituar o campo da Saúde Mental, em suas dimensões epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural: território, responsabilização, acolhimento, rede, cuidado e diversidade de estratégias.

Embora tenhamos optado nesta pesquisa por analisar o surgimento e desenvolvimento do conceito de Cuidado em Saúde Mental, não deixaremos de contemplar os demais conceitos sempre que a análise textual nos permitir uma aproximação às questões transversais que os mesmos sugerem.

Mesmo não tendo sido identificado qualquer abordagem sobre o Cuidado em Saúde Mental no texto da I CNSM, foi a partir do fim da década de 1980 e início da década de 1990 que encontramos os primeiros registros de abordagens sobre essa temática.

A Declaração de Caracas foi um dos principais documentos norteadores da II CNSM. Foi proclamada no dia 14 de novembro de 1990 pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela OPAS/OMS (OPAS/OMS, 1990). Foi justamente nessa Declaração que identificamos as primeiras abordagens sobre a noção de Cuidado no campo da Saúde Mental, pois nela se recomenda

que os recursos, cuidados e tratamento fornecidos devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, b) basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados, c) propender à manutenção do doente em seu meio comunitário (OPAS/OMS, 1990).

Os termos “Cuidados” e “Tratamento” não são considerados sinônimos. Há entre eles algum grau de diferenciação em decorrência da forma como se encontram registrados na sentença.

Na portaria nº 189/1991 (D.O.U. 11/12/91) da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, que aprovou os grupos e procedimentos da Tabela do SIH-SUS na área de Saúde Mental, dentre

outras disposições, visualizamos a adoção da terminologia “Cuidados” e “Rede de Cuidados”, inserida na caracterização do tipo de atendimento de saúde prestado nos serviços substitutivos.

Ainda em 1991, a resolução da Assembleia Geral da ONU estabeleceu os princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, definindo como “assistência à Saúde Mental, a análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa”, incluindo o “**tratamento, cuidado e reabilitação para uma enfermidade mental ou suspeita de enfermidade mental**”⁸² (BRASIL, 1994, p. 75).

O relatório da II CNSM sugere que, na revisão da legislação brasileira vigente (cujo Decreto nº 24.559 datava de 1934), os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário garantissem a incorporação dos princípios estabelecidos pela ONU em 1991, assim como zelassem pelo seu cumprimento integral em todo o território nacional (BRASIL, 1994).

Essa resolução da ONU estabeleceu como liberdade fundamental e direito básico que “todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível em Saúde Mental, que deverá ser parte do sistema de **Cuidados de saúde e sociais**”⁸³ (BRASIL, 1994, p. 76).

Outro princípio estabelecido, relativo ao papel da comunidade e da cultura, preconizava que “todo paciente terá o direito de ser **tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive**”⁸⁴ (BRASIL, 1994, p. 79). Esse princípio foi posteriormente incorporado às Políticas de Saúde Mental no Brasil, marcadamente a partir da portaria nº 224/1992 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, quando foi composta uma rede de atenção à Saúde Mental cuja principal referência passou a ser o território do usuário.

Em suas recomendações gerais, o relatório da II CNSM sugere a adoção dos conceitos de território e responsabilidade como forma de dar à distritalização em Saúde Mental um caráter de ruptura em relação ao modelo hospitalocêntrico. Uma das implicações dessa ruptura deveria ser a disposição dos serviços de saúde em não abandonar os pacientes egressos dos hospitais à própria sorte (BRASIL, 1994).

Quanto ao princípio “Padrão de Assistência”, a resolução da ONU estabeleceu que

⁸² Grifo nosso

⁸³ Grifo nosso

⁸⁴ Grifo nosso

todo paciente terá o direito de receber cuidados de saúde e sociais de modo apropriado às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas enfermas (BRASIL, 1994, p. 79).

No princípio “Tratamento”, considerou-se que “o tratamento e os cuidados a cada paciente serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o paciente, revisto regularmente, [...] por profissionais qualificados” (BRASIL, 1994, p. 80), o que viria a ser denominado posteriormente como Projeto Terapêutico Individual.

Percebe-se que sucessivas vezes há uma preocupação em estabelecer uma distinção entre os termos “Cuidar” e “Tratar”. O vocábulo “Tratar” é rotineiramente associado ao ato médico de diagnosticar e tratar uma doença, o que caracteriza o modelo clínico da Psiquiatria clássica.

Quando a assistência passa a ser responsabilidade de uma equipe formada por profissionais de Saúde Mental, faz-se necessário ampliar essa perspectiva, reduzindo a centralidade do ato médico como estruturante das ações das demais categorias profissionais. Em contraposição a essa perspectiva se interpõe a proposta da Federação Brasileira de Hospitais para um Programa de Atenção em Saúde Mental. Nesse documento, os psiquiatras defendem que o

saber médico-científico e a intervenção terapêutica do psiquiatra têm que ser a mola propulsora no atendimento ao doente mental, sem descurar-se, em qualquer regime assistencial, de atendimentos básicos de terapia individual, grupal de ressocialização (BRASIL, 1994, p. 67-68).

Essa mesma posição é assumida pelo Dr. Salomão Rodrigues Filho⁸⁵ no Seminário Atenção à Saúde Mental no Brasil, promovido pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, realizado no dia 05

⁸⁵ Psiquiatra, membro da Associação Brasileira de Psiquiatria; na atualidade, desenvolve atuação profissional em Goiânia e tem assumido posições contrárias ao movimento de luta antimanicomial (sobre essa questão ver: <http://orebate-marcusfleury.blogspot.com.br/2011/11/dr-salomao-tomei-os-cuidados.html>).

de junho de 1991 e intitulado “SAÚDE MENTAL E CIDADANIA – Necessidade de Uma Nova Legislação”. Em seu pronunciamento, analisa o Projeto de Lei nº 8, do Deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e a substituição deles por outros recursos assistenciais. Dentre outros argumentos, defende que os recursos extra-hospitalares e o hospital psiquiátrico não devam competir entre si, mas ser complementares, de modo que

a natureza da assistência, hospitalar ou extra-hospitalar, **será determinada pelo médico psiquiatra, único profissional qualificado para tal,**⁸⁶ levando em conta, principalmente, a natureza da moléstia e seu estágio de agravamento (RODRIGUES FILHO, 1991 apud Brasil, 1994, p. 97).

Esse enfrentamento não foi simples nem tampouco imediato, de forma que, ainda na atualidade, a questão da horizontalidade de saberes e poderes entre os membros da equipe multidisciplinar é levantada nos debates sobre o processo de trabalho em Saúde Mental.

O artigo de Eduardo Mourão Vasconcelos⁸⁷, *Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional. Uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil*, publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, em 1990, procurou sistematizar as principais mudanças na legislação psiquiátrica no plano internacional. Focalizou as questões administrativas, as estruturas de serviços, formas de admissão, procedimentos hospitalares e as salvaguardas legais dos usuários dos serviços psiquiátricos, no sentido de contribuir para o debate da reformulação da lei psiquiátrica no Brasil (VASCONCELOS, 1990 apud BRASIL, 1994). Esse artigo nos traz uma análise bastante esclarecedora sobre a relação do processo de desinstitucionalização e o Cuidado, ampliando a perspectiva para além dos interesses corporativistas da Psiquiatria.

Vasconcelos discute que (1990 apud BRASIL, 1994, p. 112)

as pesquisas históricas (e também a maior parte dos movimentos de reforma psiquiátrica)

⁸⁶ Grifo nosso

⁸⁷ Psicólogo e Cientista Político, Professor da Escola de Serviço Social da UFRJ; desenvolveu importante protagonismo nas lutas do movimento antimanicomial.

geralmente tem enfatizado o papel de controle social do manicômio e subestimado o seu papel de maximizar o "tempo produtivo" das famílias pela redução do seu "tempo de cuidar"⁸⁸, por uma implícita visão de que a família constitui o *locus* único dos cuidados básicos, ou seja, das tarefas de reprodução social.

Há nessa questão um debate que permanece velado na historiografia psiquiátrica: em face ao crescimento da consciência feminina da importância do trabalho doméstico para a reprodução social, os processos de desospitalização têm-se confrontado com a função de "economia temporal" e de produção de cuidados específicos que as internações asilares desempenharam, para que pudesse ocorrer a apropriação da mão de obra das mulheres pelo modo de produção capitalista (VASCONCELOS, 1990 apud BRASIL, 1994).

Até a Idade Média, as práticas de Cuidado no âmbito privado eram atribuídas à mulher, de forma que o valor econômico dos Cuidados estava associado a um ato vital, indispensável, inscrito num sistema de trocas e de reciprocidade. Até aos dias atuais, em muitas sociedades, inclusive nas ocidentais, as tarefas femininas de Cuidado são consideradas como serviços revestidos da noção de ajuda, guardando uma conotação de valor de uso, mesmo tendo perdido, em muitos contextos, a sua reciprocidade (COLLIÈRE, 1999).

Devido ao surgimento dos hospitais no fim da Idade Média, os Cuidados passaram a ser atribuídos às mulheres consagradas e a agregar uma ritualística cristã, deixando a privacidade dos domicílios para serem exercidos nos espaços públicos e, posteriormente, profissionalizados, mas sempre num contexto de subvalorização social (COLLIÈRE, 1999).

As propostas de desospitalização, ampliadas pela posterior introdução da noção de desinstitucionalização, deveriam equacionar as formas de divisão do trabalho possíveis entre as famílias e instituições sociais no Cuidado às pessoas com alguma forma de dependência. Era preciso delimitar qual a relação possível entre tratamento e Cuidado social, entre os problemas específicos do campo da Saúde Mental e as condições materiais e sociais de vida, uma vez que, no nível da família, assistimos a uma tendência crescente da mulher em direção ao mercado formal de trabalho. Esse processo resultou na crescente diminuição da capacidade de provisão de Cuidados básicos às pessoas dependentes

⁸⁸ Grifos do autor

(crianças, idosos, pessoas com necessidades especiais e doentes em geral), em meio a uma profunda crise na oferta dos serviços públicos (VASCONCELOS, 1990 apud BRASIL, 1994).

Outro debate que estava em pauta versava sobre a irredutibilidade do ser humano a sua doença, como uma premissa no desenvolvimento do campo ‘Psi’ e na desconstrução do modelo asilar hospitalocêntrico. Assim, é possível afirmar que, se o Tratar tinha como suporte o corpo e a mente doentes, o Cuidar permitiria uma aproximação ao corpo global, cujas dimensões biológica, psíquica, social, cultural e espiritual fossem indivisíveis, não se restringindo aos aspectos relacionados à doença. O Cuidar, nesse contexto específico, deveria aproximar-se do “ajudar a viver” (COLLIÈRE, 1999).

O debate sobre a restituição da responsabilidade pelo Cuidado à família esteve presente na II CNSM, embora de forma ainda embrionária, pois já se reconhecia a necessidade de auxiliar e orientá-las “de modo a garantir a integração social e familiar dos usuários” (BRASIL, 1994, p.31).

Cabe aqui o reconhecimento de que, para uma reestruturação epistemológica do campo da Saúde Mental, foi imprescindível refletir sobre o significado que tais terminologias (Cuidar e Tratar) ensejavam.

O discurso hegemônico estava fortemente vinculado à noção do Risco como Perigo⁸⁹, atribuindo ao doente mental o estatuto da periculosidade. Rodrigues Filho defende, a esse respeito, que “a hospitalização se impõe quando o quadro clínico implica em perigo para o paciente [...], e esta decisão deve ser tomada caso a caso pelo médico psiquiatra” (RODRIGUES FILHO, 1991 apud BRASIL, 1994, p. 99-100).

Esse autor respaldou seu argumento mencionando o Prof. H. Häfner, Titular de Psiquiatria na Universidade de Heidelberg, **a maior autoridade mundial em epidemiologia psiquiátrica**⁹⁰, “para quem o hospital psiquiátrico moderno proporciona a recuperação de psicóticos graves que deverão ter uma sustentação terapêutica nos serviços extra-hospitalares” (RODRIGUES FILHO, 1991 apud BRASIL, 1994, p. 99-100).

Considerou ainda uma insensatez a desativação dos leitos psiquiátricos, o que determinaria a indigência dos doentes mentais nas ruas, reforçando a mendicância e aumentando a população carcerária. Havia a preocupação de situar as medidas reformistas, em andamento no

⁸⁹ Definida no capítulo 2 desta tese.

⁹⁰ Grifo nosso

Brasil, em relação à reforma Kennedy dos Estados Unidos. Nesse contexto, a desospitalização brusca da população psiquiátrica, conhecida como "o despejo", levou os doentes mentais à mendicância e à criminalidade (RODRIGUES FILHO, 1991 apud BRASIL, 1994)

Percebemos, na citação acima em negrito, quanto o conceito de Risco Epidemiológico continuou a circular e influenciar os psiquiatras brasileiros desde a década de 1960, aspecto que voltaremos a analisar na continuidade deste tópico.

Em contraposição, o artigo de Pedro Gabriel Godinho Delgado⁹¹, “Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo”, discutiu os novos modelos de Cuidados a partir de uma análise do projeto de Lei Paulo Delgado e da análise de experiências comunitárias consolidadas de Cuidados a pessoas com transtornos psicóticos. Defendeu que a radicalidade desse projeto situava-se justamente em ser gradual e cauteloso [referindo-se à desospitalização] (DELGADO, 1991 apud BRASIL, 1994).

Em consonância a esse posicionamento, o relatório do II CNSM recomendou enfaticamente ao MS e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que assumissem os princípios registrados no projeto de lei do deputado Paulo Delgado como diretrizes da política de Saúde Mental, envidando esforços na substituição do tratamento manicomial e na garantia do respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 1994). Recomendou ainda a extinção “de todos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental”, a exemplo da expressão "loucos de todo o gênero" e "incapazes para os atos da vida civil", encontradas no art. 5º do Código Civil, em vigor à época⁹² (BRASIL, 1994, p. 24-25).

Em 1992, a Comissão de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva realizou a conferência/oficina de Saúde Mental intitulada “Reforma Psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de

⁹¹Psiquiatra, professor da Faculdade de Medicina da UFRJ (Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do HUCFF), consultor da COEP/Colônia Juliano Moreira.

⁹²Os articulistas defendiam que os conceitos médicos contidos nas leis daquela época, principalmente nos códigos civil e penal, tais como a inimputabilidade e imputabilidade, a nulidade dos atos civis praticados pelos loucos e, particularmente, o conceito de periculosidade, necessitavam ser revistos e substituídos por conceitos mais adequados, uma vez que derivavam do referencial teórico lombrosiano, já naquela época plenamente refutado (BRASIL, 1994).

Cuidado”. Nesse contexto, o termo tecnologias refere-se ao próprio “processo de trabalho em Saúde Mental”, em que se articula um conjunto de saberes, instrumentos e práticas num campo intersubjetivo por excelência, com significado social (BRASIL, 1994, p. 38-39). Ao contrário da vertente que consideraria como tecnologias os aparelhos de eletrochoque ou o repertório psicofarmacológico, as *novas tecnologias de cuidado*⁹³ constituiriam

um conjunto de práticas de natureza biológica, psicológica e socioantropológicas atravessadas por afetos e idiosincrasias que, no campo da arte e da ciência, têm constituído o campo de práticas de cuidados às pessoas (BRASIL, 1994, p. 38-39).

Os debates sobre a constituição de um novo modelo assistencial no campo da Saúde Mental desenvolvidos nessa oficina tomaram a noção de Cuidado como uma de suas ideias mestras. A desospitalização e a desinstitucionalização (referentes à diversificação da oferta de serviços territoriais de Cuidados), a intersectorialidade, a formação e a qualificação contínuas dos técnicos e acompanhantes estavam entre os princípios que deveriam nortear esse modelo em construção (BRASIL, 1994).

Faz-se importante mencionar a defesa de uma nova contratualidade social na qual a lógica do "isolar para conhecer, conhecer para intervir" fosse substituída por "ouvir para conhecer, conhecer para tratar e conviver" (BRASIL, 1994, p. 58)⁹⁴.

A portaria nº 224/1992 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, por sua vez, estabeleceu diretrizes para a estruturação de uma rede de atenção à Saúde Mental. Nas normas para o atendimento ambulatorial, para a implantação de Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial e para o atendimento hospitalar, fez menção a uma rede descentralizada e hierarquizada de *Cuidados*⁹⁵ em Saúde Mental (BRASIL, 1994).

Sobre a inserção da noção de Cuidado no relatório da II CNSM, é notório quanto ainda se apresenta incipiente. Em alguns momentos, percebemos o texto aproximando-se da noção de Cuidado, embora faça

⁹³ Grifo nosso

⁹⁴ ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL (BRASIL, 1994).

⁹⁵ Grifo nosso

uso de outras expressões, a exemplo de “[são necessárias] relações de trabalho que favoreçam a emancipação do campo terapêutico”, ou ainda, “a atenção informal em Saúde Mental desenvolvida por religiosos, grupos de autoajuda, organização de familiares, organização de pais [...]” (BRASIL, 1994, p. 8; 21).

De igual modo, a noção de Cuidado parece subjacente à afirmação de que seria preciso

implantar novas práticas sociais em saúde com a clientela internada por períodos prolongados, através de programas multidisciplinares que visem ao resgate dos elos familiares e, principalmente, à ressocialização, entendida como o direito à cidadania e às condições humanas de vida e de tratamento; concomitantemente, devem ser adotados procedimentos que evitem a cronificação de outras pessoas (BRASIL, 1994, p. 31)

De fato, o termo Cuidado poder ser encontrado nesse relatório compondo não mais que cinco sentenças. Encontra-se relacionado ao conceito de território na frase “garantir a criação de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços, que enfatizem o conhecimento do território, da realidade local e da natureza do cuidado prestado” (BRASIL, 1994, p.16). Num outro trecho, utiliza-se o termo para se referir à assistência em nível ambulatorial, “com a intenção de contemplar as iniciativas ambulatoriais de Cuidados em unidades públicas, nos municípios” (BRASIL, 1994, p.13).

Os Cuidados em Saúde Mental, na maior parte das vezes, são compreendidos como algo que ainda será implementado a partir da viabilização de projetos por “uma comissão nacional democrática e transparente, destinada a definir a liberação dos recursos e o acompanhamento desses projetos” (BRASIL, 1994, p.12).

Conforme discutimos com relação à I CNSM, as discursividades sobre o Risco Epidemiológico também puderam ser identificadas nos documentos norteadores da II CNSM. No artigo “A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil”, Pitta e Dallari (1992 apud BRASIL, 1994, p. 91) defenderam que,

se os critérios epidemiológicos devem ser os que presidem e respaldam decisões político-técnicas para o setor, de pronto deve-se observar que não será apenas com uma rede especializada em

cuidados mentais que será possível enfrentar tal dimensão epidemiológica.

Embora as articulistas coloquem em questão a hegemonia do manicômio, diante do retrocesso técnico-científico que representava, questionando seus aspectos éticos, jurídicos, econômicos, políticos e sociais, defendem que

numa sociedade de cidadãos, com tão elevada prevalência de sintomas e doenças, os dispositivos de cuidados têm de ser plurais, hiperutilizáveis, de portas abertas, capazes de acolher, trabalhar e desenvolver demandas que produzam sofrimento em indivíduos, grupos ou populações (PITTA; DALLARI, 1992 apud BRASIL, 1994, p. 91-92)

Nesse artigo, as discursividades sobre o Risco Epidemiológico, introduzidas a partir da Psiquiatria Preventiva caplaniana, convivem com as discursividades sobre o Cuidado. De fato, as autoras defendem a implantação de um novo modelo de Cuidados no Brasil, mas para que se alcancem “alternativas assistenciais mais adequadas ao perfil epidemiológico da população” (PITTA; DALLARI, 1992 apud BRASIL, 1994, p. 92). Para as autoras,

[...] cumpre questionar que dispositivos de cuidados seriam os mais úteis para enfrentar os problemas apresentados pelos cerca de 20% de portadores de distúrbios mentais numa dada população, distribuídos em 14% de neuróticos, 3,5% de alcoólicos, 1% de psicóticos, 1% de oligofrênicos e 0,5% de doenças organocerebrais (PITTA; DALLARI, 1992 apud BRASIL, 1994, p. 92).

Nessa perspectiva, as autoras propuseram uma rede de serviços preferencialmente comunitários, discriminados no território e uma retaguarda hospitalar pequena, que atendesse a pessoas em situações de profunda dependência física e/ou mental, por períodos de curta duração (PITTA; DALLARI, 1992 apud BRASIL, 1994).

As recomendações registradas no relatório da II CNSM distanciam-se dessa perspectiva quando as autoras defendem a

implementação de uma rede de atenção substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, que prescinde do hospital psiquiátrico tradicional, composta por

uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de Saúde Mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em Saúde Mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão (BRASIL, 1994, p.7).

Ao tempo em que podemos vislumbrar um solo fértil para o desenvolvimento da noção de Cuidado no campo da Saúde Mental, o que pode ser evidenciado pela afirmação de que “os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos” (BRASIL, 1994, p.7), também percebemos a sua proximidade ao conceito de Risco Epidemiológico.

Numa perspectiva contrária ao relatório da I CNSM, nesse novo contexto, a recomendação de que devam ser promovidas investigações epidemiológicas está associada à vertente socioantropológica, com vistas a possibilitar modelos que respeitem as realidades locais. Percebe-se que essa abordagem permite distinguir uma concepção ampliada do processo saúde-doença mental

entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (BRASIL, 1994, p. 6).

Compreende-se que a conjunção das abordagens epidemiológica e socioantropológica permitiria um diagnóstico mais fidedigno da realidade em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais e à assistência prestada (BRASIL, 1994).

De igual modo, os debates da II CNSM trouxeram importante crítica ao modelo quantitativista de planejamento em saúde, defendendo que o referencial de produtividade fosse substituído por outro critério que contemplasse integralmente a quantidade e a qualidade das ações em Saúde Mental. Para que tal referencial fosse superado, recomendou-se “intervir, desapropriar ou expropriar, através do Poder Público, os serviços de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do SUS”. Admitia-se que, enquanto a estatização não fosse atingida, “os prestadores e produtores de bens e serviços sofreriam controle em seus procedimentos operacionais e direcionamento em suas ações no campo da saúde” (BRASIL, 1994, p.16-17).

Diante disso, faz-se necessário questionar se a formalização do conceito de Cuidado, no âmbito das Políticas de Saúde Mental no Brasil, deu-se vinculando-o ao conceito de Risco Epidemiológico e situando-o no conjunto de estratégias de controle das populações características da Psiquiatria Preventiva, conforme sugere o texto de Pitta e Dallari (1992 apud BRASIL, 1994).

É possível perceber de forma bastante clara, a partir da análise dos documentos norteadores e do relatório da II CNSM, as possibilidades de formalização do conceito de Cuidado no âmbito dessas novas formações discursivas que se instalam no campo da Saúde Mental, a partir da década de 1990, no Brasil.

Ao contrário da I CNSM, em que não circulava a noção de Cuidado, essa noção emergiu no contexto da II CNSM como uma positividade. Percebe-se um movimento de tentar diferenciá-la da noção de tratamento assim como tentativas de defini-la, delimitá-la, situando-a no alicerce da nova política de Saúde Mental bem como das novas estratégias e recursos assistenciais que passarão a compor a rede de atenção psicossocial brasileira. Segundo as evidências documentais discutidas anteriormente, a noção de Cuidado faz referência à noção de Risco Epidemiológico, distanciando-se da noção de Risco como Perigo, aspecto que continuaremos a aprofundar na construção de nossa análise.

Foi a partir da década de 1990 que se estabeleceram os regimes e processos de apropriação do discurso sobre o Cuidado, ao tempo em que se outorgou o direito de falar, aliado à competência para compreender, o acesso lícito e imediato ao *corpus* dos enunciados já formulados e a capacidade de investir o discurso sobre o Cuidado em decisões, instituições e práticas (FOUCAULT, 2012).

Prosseguiremos, na seção 3.3, analisando que trajetória a noção de Cuidado em Saúde Mental percorreu até sua possível formalização em um conceito.

3.3 A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: “CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO”

No período de 9 anos entre a II CNSM (1992) e a III CNSM (2001), seguindo-se o princípio de descentralização do SUS como eixo assistencial, foram constituídas redes de atenção psicossocial substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar. Assim, foram criados serviços municipais de atenção diária que, por terem mecanismos de financiamento garantidos pelo SUS, expandiram-se continuamente, passando de 3 serviços em 1990, para mais de 240 em 2000 (BRASIL, 2001).

Todavia, apesar das diversas experiências e iniciativas nos campos assistencial, jurídico e cultural, as quais demonstraram inequivocamente a viabilidade de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, ainda havia muitíssimo por fazer, como apontavam, dentre outros indicadores, a capacidade instalada e os recursos financeiros fortemente concentrados na área hospitalar psiquiátrica, indicando fortes barreiras à reestruturação do modelo de atenção em Saúde Mental (BRASIL, 2001, 2002).

Por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde e após mais de dez anos de intensos debates, no dia 6 de abril de 2001, foi aprovada e sancionada a Lei Federal nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, fortalecendo o processo em curso e apresentando novos desafios para os gestores públicos de saúde e a sociedade de um modo geral (BRASIL, 2001).

Nesse novo panorama, a III CNSM apresentou-se como fórum privilegiado para a discussão do temário decorrente da XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, debatendo-se intensivamente

o financiamento das ações de Saúde Mental, a fiscalização e supervisão do parque hospitalar psiquiátrico e demais equipamentos assistenciais, o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares, a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos, a formação de recursos humanos adequados às novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras relevantes questões para a área (BRASIL, 2001, p. 7).

O tema central da III CNSM foi "Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social". O título “Cuidar, sim. Excluir, não”⁹⁶, estava solidamente vinculado ao tema proposto pela OMS no campo da Saúde Mental para o ano de 2001. O subtítulo “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” estava associado às demandas locais, indicando sua organicidade com a construção de um SUS público, democrático, de amplo acesso, eficaz, construtor de cidadania e com controle social (BRASIL, 2001, 2002).

O tema central da III CNSM foi discutido a partir do eixo temático: "Reorientação do Modelo Assistencial", tendo como subtemas: Recursos Humanos; Financiamento; Controle Social; Direitos, Acessibilidade e Cidadania (BRASIL, 2001). Foi realizada no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília, contando com 1.700 participantes. Na primeira etapa, pré-conferência, foram realizadas 163 conferências municipais, microrregionais e regionais com uma estimativa de público de 30.000 pessoas, com forte representatividade dos usuários e seus familiares. Na segunda etapa, todos os 27 Estados da federação realizaram suas conferências, congregando cerca de 20.000 participantes (BRASIL, 2002).

A III CNSM representou o fortalecimento do consenso em torno dos princípios constituídos ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica, com toda a sua pluralidade e diversidade, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em Saúde Mental totalmente substitutivo ao manicomial (BRASIL, 2002).

Questionamos, então: Quais as contribuições que o relatório da III CNSM nos traz para a compreensão da emergência da noção de Cuidado no âmbito das práticas e políticas de Saúde Mental no Brasil?

O termo “Cuidar” é usado como título e tema principal desta conferência, “afirmativo de uma ética e de uma direção fundamentais para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental” (BRASIL, 2001, p. 15). Esse título apontava a perspectiva do Cuidado como um horizonte ético e técnico para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, o que pode ser confirmado pelo seguinte fragmento: “para que tenhamos um modelo de cuidado e não de exclusão” (BRASIL, 2001, p. 21).

⁹⁶ Do original “Stop exclusion – Dare to care” (OMS, 2001).

No Caderno Informativo sobre a III CNSM, publicado em 2001 pelo MS, encontra-se um texto de apresentação do eixo temático “Reorientação do Modelo Assistencial”, no qual podemos identificar a noção de Cuidado sendo vinculada a programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, no sentido de garantir

o acesso, o acolhimento, a responsabilização, a produção de novas formas de cuidado do sofrimento visando os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos (BRASIL, 2001, p. 21).

A reorientação do modelo assistencial foi considerada na “perspectiva da complexidade na compreensão dos problemas e elaboração das respostas, novas formas de cuidado do sofrimento”, colocando também em questão as relações de poder entre os trabalhadores, dos trabalhadores com os usuários, familiares e comunidade, dentre outros aspectos (BRASIL, 2001, p. 22).

Dentre os compromissos assumidos pelos participantes da III CNSM, mereceu destaque o “de gerar **cuidado e assistência**”⁹⁷ em Saúde Mental, respeitando-se as diferenças, os direitos de cidadania, e acima de tudo, a liberdade” (BRASIL, 2002, p. 19). Observamos que, da mesma forma como no relatório da II CNSM, tentou-se estabelecer uma distinção entre cuidar e tratar. O termo Cuidado encontra-se nessa citação diferenciado em relação à assistência, indicando a intencionalidade de destacar a sua centralidade nesse novo modelo proposto.

Uma das subtemáticas debatidas nessa conferência foi o controle social, compreendido como “um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços de Saúde Mental nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade em geral” (BRASIL, 2001, p. 28). Embora essa seja uma definição de controle social de uso corrente em outras esferas do SUS, desde os primeiros anos de sua implementação no Brasil, a III CNSM avançou no sentido de considerar controle social como

⁹⁷ Grifo nosso

participação ativa dos usuários e familiares *no processo mesmo de cuidado*,⁹⁸ de reelaboração do sofrimento e dos sentidos de vida, e de reinvenção concreta da vida, em suas diversas dimensões existenciais, subjetivas, culturais, de gênero, sociais, de trabalho, de moradia, de cuidado com o corpo, de lazer e cultura etc. (BRASIL, 2001, p. 28).

Como podemos perceber, essa definição aponta uma compreensão ampliada do processo de saúde/doecimento psíquico, enquanto processo social e cultural, transcendendo as concepções biologicistas que até então haviam sido predominantes no campo da Psiquiatria.

O texto introdutório ao subtema “Acessibilidade” propõe-nos a seguinte pergunta: “o cuidado em Saúde Mental está ao alcance daqueles que dele necessitam?” O objetivo foi lançar o debate sobre a baixa oferta de serviços em face às elevadas estimativas populacionais de pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes que necessitam de cuidados contínuos em serviços de atenção diária (BRASIL, 2001, p. 30).

A principal causa apontada para a baixa oferta de serviços substitutivos foi a concentração dos recursos financeiros (da ordem de 89% dos recursos do SUS para Psiquiatria à época) em leitos hospitalares convencionais, que tendem a manter os pacientes internados por longos períodos (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, o Cuidado foi considerado como um direito a ser garantido pelas políticas públicas de Saúde Mental, mediante uma ampla acessibilidade à rede de atenção psicossocial territorializada e integrada “à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em Saúde Mental”, dentre outras relativas ao debate dos direitos humanos (BRASIL, 2002, p. 24).

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que **garanta o cuidado**⁹⁹, a inclusão

⁹⁸ Grifo nosso

⁹⁹ Grifo nosso

social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (BRASIL, 2002, p. 23)

Nessa direção, dentre as propostas de encaminhamentos relativos às políticas de Saúde Mental e organização de serviços, destacamos que a garantia de estratégias diversificadas de oferta de serviços de Saúde Mental deveria ser pautada nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e dos serviços para prestar **cuidados** e não apenas na identificação de “patologias” (BRASIL, 2002, p. 28). Nesse fragmento do texto, o Cuidado é situado como antagônico às estratégias medicalizantes que se centralizam na classificação nosológica dos transtornos mentais e no tratamento dos sintomas pela prescrição dos psicofármacos.

Dentre as propostas referentes às responsabilidades dos gestores, exigiu-se que o Ministério da Saúde construísse um Plano Nacional de Saúde Mental, respeitando as deliberações dessa CNSM, sustentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, visando à extinção definitiva do hospital psiquiátrico e à constituição **de uma rede substitutiva de cuidados**¹⁰⁰ dentro da lógica de cidadania e da inclusão social (BRASIL, 2002).

Quanto aos níveis de gestão municipal e estadual de saúde, foi sugerido que os respectivos planos de ação em Saúde Mental respeitassem as conferências municipais e estaduais, assim como os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, devendo-se “estabelecer metas, orçamentos, indicadores (dentre os quais os **indicadores epidemiológicos**¹⁰¹) para avaliação, investimento, definição da natureza, capacidade operacional e proposta de gestão para cada equipamento¹⁰²” (BRASIL, 2002, p. 29).

Destacamos aqui a concomitância entre propostas de estruturação de uma rede de serviços substitutivos, cuja centralidade deveria estar no Cuidado, e a utilização de critérios quantitativistas, representados pelos indicadores epidemiológicos, de uso corrente no processo de planejamento em saúde. Essa tendência de operar com indicadores quantitativos de saúde, os quais dificilmente poderiam representar a amplitude e complexidade dos determinantes e condicionantes do processo saúde-adoecimento mental, vem se consolidando desde o contexto da I CNSM, conforme discutido no início deste capítulo.

¹⁰⁰ Grifo nosso

¹⁰¹ Grifo nosso

¹⁰² Equipamento neste contexto é um sinônimo de serviço de saúde.

No subitem “Planejamento”, observamos uma proposta semelhante que menciona a necessidade de “incorporar os dados de Saúde Mental nos sistemas de informação existentes para **garantir o conhecimento da realidade epidemiológica e social**¹⁰³ e incentivar estudos epidemiológicos e pesquisas na área de Saúde Mental”. Sugere ainda que seja implementada “uma política de avaliação epidemiológica e de qualidade de serviços e ações de Saúde Mental nos âmbitos nacional, estadual e municipal” (BRASIL, 2002, p. 32).

Para implementar ou adequar a rede de serviços de atenção em Saúde Mental recomenda-se “a análise epidemiológica dos problemas de Saúde Mental prevalentes na comunidade” (BRASIL, 2002, p. 39). De acordo com essa lógica, para Cuidar, seria necessário quantificar, esquadriñar, gerir a população com base em critérios de risco epidemiológico.

Quanto à organização e à produção da rede de serviços substitutivos, a III CNSM indicou que se fazia imperioso enviar esforços para

organizar uma **rede de cuidados em saúde mental**¹⁰⁴, no interior da rede de serviços de saúde do SUS, descentralizada, regionalizada, horizontalizada, integrando todos os serviços e os níveis de ação deste sistema de saúde [...] (BRASIL, 2002, p. 40).

Fazia-se urgente reorganizar os serviços e programas de Saúde Mental tendo como referência o território, com suas características sociodemográficas e culturais, organização urbana, perfil epidemiológico e condições de acesso, elementos fundamentais para a integração desses serviços na rede de assistência (BRASIL, 2002).

Essa rede deveria ser capaz de oferecer atenção integral ao usuário e a seus familiares, **em todas as suas necessidades**¹⁰⁵, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Uma rede composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica territorializada deveria contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação [...], de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de

¹⁰³ Grifo nosso

¹⁰⁴ Grifo nosso

¹⁰⁵ Grifo nosso

acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade. Inclusive as ações relacionadas ao trabalho com geração de renda deveriam ser consideradas como parte integrante do Cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2002).

Estamos diante de uma nova noção de continuidade do tratamento, fundada pelo projeto preventivista da Psiquiatria moderna, que admitiria um tempo/espço descontínuos, adentrando a capilaridade do espaço social a fim de assegurar a totalidade das intervenções sobre a pessoa, desde a prevenção até a pós-cura (CASTEL, 1987), talvez resida aí a urgência de um novo conceito. Se o *lôcus* do Cuidado desloca-se das instituições hospitalares ou mesmo dos serviços substitutivos, adentrando a cidade, invadindo o território, de modo que se amplie a proteção da Saúde Mental (BONNAFÉ, 1960 apud CASTEL, 1987), o conceito de tratamento perderia sua abrangência, posto que o tratar se constitui no ato médico, no ato técnico, sendo, portanto, circunscrito a um tempo e espaço de limites bastante precisos.

Por outro lado, o conceito de Cuidado permite a continuidade entre o espaço público e o privado, entre os muros da instituição e o território, entre o instante do ato técnico e a totalidade do tempo de viver do sujeito e de sua família. Não seria possível prosseguir tratando, mas é perfeitamente possível prosseguir-se cuidando.

Para que essa continuidade se concretizasse, foi imprescindível a participação da família na provisão de cuidados aos usuários dos serviços substitutivos de Saúde Mental, pois a família é que se encarregaria da capilaridade do Cuidado. Este não se faz apenas no espaço público representado pelos serviços de Saúde Mental, mas no território, nas relações sociais até alcançar o espaço privado representado pelo domicílio, onde se estabelecem as relações familiares.

Relembramos aqui a discussão apresentada por Martínez-Hernáez (2012) sobre as práticas sociais do trânsito e do confinamento, vinculadas à história da loucura. O autor interpreta o movimento de trânsito contínuo dos loucos como uma saída forçada ou voluntária do jogo social. Por sua vez, o confinamento em lugares de reclusão como o manicômio foi adotado por séculos enquanto prática de controle social. O movimento e a reclusão, aparentemente contraditórios, constituíram-se em dois atributos do estar fora de cena.

Martínez-Hernáez (2012) ressalta que, nos países que ainda não completaram seu processo de reforma psiquiátrica, esse paradoxo entre o controle e a mobilidade ainda persiste. Mesmo os países que possuem uma rede de serviços substitutivos não puderam resolver o problema da

mobilidade dos doentes mentais, diretamente relacionado ao problema de sua impertinência social. O avanço na sofisticação do tratamento medicamentoso proporcionou o que se chamou “camisa de força química”¹⁰⁶, anulando os sintomas psicóticos potencializadores de distúrbios sociais.

Mas como evitar que os loucos ocupem os territórios de passagem das cidades? Como assegurar que continuem tutelados, sob uma constante vigilância normalizadora? Como evitar que deixem de tomar seus medicamentos, tornando-se potencialmente perigosos?

Diante dessas questões é perfeitamente compreensível que se faça presente, nos debates da III CNSM, a questão da participação da família, suscitada inicialmente na II CNSM, propondo-se que “o processo de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por outras formas de assistência exige a **potencialização do papel dos familiares nos cuidados**¹⁰⁷ dos portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2002, p.37).

A família terá, a partir de então, esse papel de prover cuidados nos espaços e momentos em que as equipes de Saúde Mental não possam provê-lo. A família exercerá esse papel de coadjuvante nos mecanismos de controle do trânsito do doente mental, inclusive, muitas vezes, confinando-os nos domicílios nos períodos em que não estejam nos serviços substitutivos.

Outra proposta que emerge, nos debates da III CNSM, sobre essa questão da contenção/trânsito da pessoa em sofrimento psíquico é a do desenvolvimento da “prática de cuidado domiciliar, em substituição ao cuidado hospitalar, como estratégia de enfrentamento das situações de crise dos portadores de sofrimento psíquico e seus familiares” (BRASIL, 2002, p. 41).

Foi necessário criar mecanismos de suporte às famílias no sentido de provê-las das condições de exercer seu novo papel de cuidado na rede de atenção psicossocial. Nesse sentido, foi enfatizada a importância de que as equipes de Saúde Mental investissem na potencialização da subjetividade e no resgate da afetividade na relação entre os usuários e seus familiares, através, por exemplo, de oficinas com participação conjunta, entre outras proposições (BRASIL, 2002).

As propostas em torno da implementação e regulamentação do financiamento de novas iniciativas, ações e procedimentos em Saúde Mental, também contemplaram estratégias de apoio às famílias. O

¹⁰⁶ Grifo do autor

¹⁰⁷ Grifo nosso

desenvolvimento de iniciativas visando destinar recursos financeiros ao cuidador (familiar ou membro da comunidade) responsável pela desospitalização dos usuários moradores em hospitais psiquiátricos e a responsabilização do serviço de Saúde Mental de referência pelo acompanhamento contínuo desse processo foram consideradas como essenciais ao fortalecimento da rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2002).

De fato, como problematiza Martínez-Hernández (2012), os debates em torno das questões da contenção *versus* trânsito das pessoas em sofrimento psíquico constituem um terreno repleto de tensões.

A garantia de que a contenção medicamentosa proporcionasse o sucesso das ações e estratégias de desospitalização no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira esteve atrelada à garantia de que fosse fornecida “medicação gratuita aos portadores de transtornos mentais, inclusive as de alto custo desde que comprovadamente mais benéfica ao usuário, em tempo hábil, de forma contínua”. Nessa mesma direção, foi solicitado que se assegurasse “o aumento das verbas destinadas à aquisição de medicação pelo SUS, proporcional à implementação de serviços substitutivos em Saúde Mental” (BRASIL, 2002, p. 117; 102).

Embora a prática da contenção medicamentosa fosse amplamente adotada para viabilizar a desospitalização, percebemos no relatório da III CNSM a preocupação em torno da crescente medicalização da sociedade, quando propôs

Problematizar a tensão existente entre as demandas advindas da precariedade social e a restrição das ações oferecidas no campo da Saúde Mental, definindo como problema ético a recorrência exclusiva à medicalização como forma de minimizar a adaptação do sofrimento psíquico às condições precárias de vida. Criar mecanismos que inibam a medicalização do sofrimento psíquico e da exclusão social (BRASIL, 2002, p. 53).

Defendeu-se que a mesma atitude crítica existente em relação ao eletrochoque fosse estendida ao uso abusivo de psicofármacos (BRASIL, 2002).

Uma das exigências da implantação de uma rede substitutiva de Cuidados no Brasil foi a ampliação dos Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde, priorizando-se as ações de Cuidados Primários de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no que tange

aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade. Dentre as ações que deveriam ser desenvolvidas, podemos mencionar a visita domiciliar, a potencialização de recursos comunitários, os atendimentos em grupo e individuais em articulação com os profissionais de Saúde Mental (BRASIL, 2002).

Essa ampliação dos Cuidados de Saúde Mental para a rede primária de saúde tem como potenciais consequências o incremento da demanda por atendimento às pessoas em sofrimento psíquico por profissionais que não possuiriam, a princípio, qualificação profissional para o manejo de casos psiquiátricos. Diante disso, compreendendo-se que a medicalização excessiva também é geradora de sofrimento psíquico, a III CNSM recomendou a criação, em âmbito nacional, principalmente nas regiões que não dispusessem de psiquiatras, de protocolos de atendimento e prescrição de medicações psiquiátricas, dirigidos aos médicos generalistas, com a finalidade de atenderem adequadamente pessoas em situação de crises psíquicas (BRASIL, 2002).

Para o enfrentamento dessa questão, a III CNSM propôs uma política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em Saúde Mental no SUS como garantia de qualificação dos diferentes agentes do Cuidado no campo da Saúde Mental, inclusive para o Cuidado de grupos de usuários específicos – tais como as crianças, adolescentes, indígenas, usuários dependentes do álcool e de outras drogas. Mereceu especial ênfase “a importância da integração entre assistência, ensino e pesquisa”, de forma que “todos os serviços da rede substitutiva sejam voltados para o ensino e a pesquisa das práticas inovadoras criadas pelo novo modelo assistencial” (BRASIL, 2002, p. 73).

Outra proposta foi a criação de

equipes volantes de saúde mental, capacitadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que funcionem como referência às equipes [...] das UBS, de acordo com **a necessidade epidemiológica de cada localidade** ou para cada grupo de cinco equipes (BRASIL, 2002, p. 50).

É no mínimo curioso e poderíamos afirmar ser uma pretensão considerar que dados epidemiológicos gerados a partir de metodologias de pesquisa quantitativas possam dar conta de nos indicar as reais necessidades da população adscrita a um território, com relação a suas

percepções e aos fatores determinantes de seu sofrimento psíquico. Em nenhum momento observamos recomendações no sentido de privilegiar outras metodologias diagnósticas, pautadas em critérios qualitativos, como alternativas promissoras no sentido de se estabelecer um diagnóstico de Saúde Mental fidedigno.

Nisso reside uma contradição em relação à adoção da noção de Cuidado como eixo estruturante nas políticas de Saúde Mental no Brasil. Nos relatórios da CNSM até aqui analisados, a noção de Cuidado opera tanto vinculada aos pressupostos defendidos pela corrente quantitativista da Psiquiatria Preventiva, cujas práticas contribuíram para o aprofundamento da medicalização do social, e a discursividades afins às correntes da Psiquiatria e do campo da Saúde Mental, que situam o Cuidado no contexto de estratégias as quais se contrapõem ao processo de medicalização da sociedade.

Em síntese, a noção de Cuidado encontra-se presente no texto do relatório da III CNSM imbuída de sentidos diversificados, ora complementares, ora contraditórios, tais como:

- o Cuidado como horizonte ético para o campo da atenção psiquiátrica e em Saúde Mental;
- o Cuidado como componente das estratégias de controle social no âmbito do SUS;
- o Cuidado como integrante do direito à saúde;
- o Cuidado em oposição às estratégias de medicalização da Saúde Mental;
- o Cuidado como integrante de uma rede de atenção psicossocial territorializada e descentralizada a fim de que haja a continuidade entre o Cuidado institucional público e o Cuidado familiar privado; e
- O Cuidado interdependente de critérios epidemiológicos quantitativistas.

Podemos afirmar, portanto, que estamos diante de um conceito em processo de formalização. No entanto, é importante destacar que o conceito de Cuidado originário de saberes milenares não se apresenta, nos relatórios das CNSM até aqui estudados, vinculado a nenhuma corrente teórica específica, flutuando entre interpretações aparentemente ambíguas. Conforme nos explica Foucault (2012), estamos diante de um território arqueológico no qual a noção de Cuidado diferencia-se enquanto uma prática discursiva inserida numa hierarquia de relações discursivas, sem necessariamente ser regulada por uma escolha teórica sistematizada. Ao contrário, a noção de Cuidado está inserida num conjunto de regras específicas e num jogo de relações capaz de produzir a formação de conceitos.

3.4 O RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO, OMS, 2001

Os princípios, encaminhamentos e metas estabelecidos na III CNSM estiveram sob intensa concordância com as recomendações do Relatório sobre a Saúde no Mundo publicado pela OMS, em 2001, paralelamente ao desenvolvimento dessa CNSM no Brasil.

A edição deste relatório destinada à Saúde Mental foi denominada “Saúde Mental: Nova concepção, Nova esperança”¹⁰⁸. O objetivo principal desse relatório foi estimular as nações membro da OMS à implementação de políticas e práticas em Saúde Mental condizentes com os avanços científicos e sociais que permitiram uma compreensão ampliada sobre o processo saúde/doença mental, resultando na superação do estigma e preconceito que historicamente estiveram na gênese das injustiças sociais cometidas contra as pessoas em sofrimento psíquico (WHO, 2001).

Dentre suas principais contribuições, propõe 10 (dez) recomendações de longo alcance para a provisão e o planejamento de serviços que cada país poderia adaptar de acordo com suas necessidades e seus recursos. Essas recomendações foram amplamente contempladas nos debates e documentos oriundos da III CNSM, conforme apresentado no item 4.3. São as seguintes recomendações:

1) *proporcionar tratamento na atenção primária (“primary care”)*¹⁰⁹;

2) *disponibilizar medicamentos psicotrópicos* essenciais em todos os níveis de atenção à saúde;

3) *proporcionar cuidados na comunidade*, tendo em vista que os serviços de base comunitária podem proporcionar intervenções precoces e limitar o estigma associado ao tratamento;

4) *educar o público* a fim de reduzir a estigmatização e a discriminação, fomentar o uso dos serviços de Saúde Mental e promover uma aproximação maior entre a Saúde Mental e a saúde física;

5) *envolver as comunidades, as famílias e os usuários* na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços, o que permitirá seu melhor dimensionamento quanto às

¹⁰⁸ A versão em Língua Portuguesa possui um viés de tradução, de forma que o vocábulo “Cuidado”, na língua inglesa *Care*, foi substituído por Atenção (*Attention*). Optou-se por analisar o documento original intitulado “The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope”, procedendo-se à sua tradução (WHO, 2001).

¹⁰⁹ Grifo do autor

necessidades da população. As intervenções devem levar em conta a idade, o sexo, a cultura e as condições sociais, a fim de atender às necessidades das pessoas com transtornos mentais e de suas famílias;

6) ***estabelecer políticas, programas e legislação nacionais*** que permitam a ampliação de investimentos e o progresso na implementação de programas de atenção em Saúde Mental;

7) ***preparar recursos humanos*** no sentido de aumentar e aprimorar a formação de profissionais para a Saúde Mental, que darão cuidados especializados e apoiarão programas de cuidados primários de saúde;

8) ***formar vínculos com outros setores***, como educação, trabalho, previdência social e direito, bem como organizações não governamentais para prover a melhoria da Saúde Mental das comunidades;

9) ***monitorizar a Saúde Mental na comunidade***, mediante a inclusão de indicadores de Saúde Mental nos sistemas de informação e notificação sobre saúde;

10) ***dar mais apoio à pesquisa*** sobre os aspectos biológicos e psicossociais da Saúde Mental a fim de melhorar a compreensão dos transtornos mentais e desenvolver intervenções mais efetivas (WHO, 2001).

Quanto às recomendações 1 (proporcionar tratamento na atenção primária) e 3 (proporcionar atenção na comunidade), o relatório defende que a maioria dos pacientes que necessita de atenção em Saúde Mental tenha a possibilidade de ser tratada no nível comunitário, envolvendo técnicas de tratamento eficientes que permitam a essas pessoas aumentar suas aptidões de autocuidado, incorporando o ambiente social informal da família bem como mecanismos de apoio formais. “A atenção baseada na comunidade (ao contrário da atenção baseada no hospital) pode identificar recursos e criar alianças saudáveis que, noutras circunstâncias, ficariam ocultas e inativas”. Os recursos comunitários permitiriam também o manejo efetivo da carga social e familiar, tradicionalmente aliviada pela atenção institucional (WHO, 2001, p. 53).

Quanto à recomendação 9 (***monitorizar a Saúde Mental na comunidade***), é importante destacar que o relatório da OMS menciona tanto indicadores qualitativos quanto quantitativos sobre a Saúde Mental das comunidades, como podemos ler no fragmento abaixo transcrito:

Os indicadores **devem incluir tanto o número de indivíduos com transtornos mentais como a qualidade do cuidado que recebem como**

algumas medidas mais gerais da saúde mental comunitária¹¹⁰. Essa monitorização ajuda a determinar tendências e detectar mudanças na saúde mental como resultado de eventos externos, tais como catástrofes. A monitorização é necessária para verificar a efetividade dos programas de prevenção e tratamento em saúde mental, e fortalecer, ademais, os argumentos em favor da provisão de mais recursos. São necessários novos indicadores para a saúde mental das comunidades (WHO, 2001, p. X).

Nesse sentido, a tendência de estimular estudos de base epidemiológica geradores de dados quantitativos sobre a Saúde Mental das populações é uma característica dos relatórios das CNSM brasileiras, possivelmente relacionada às filiações ideológicas e históricas da Psiquiatria brasileira.

Neste importante relatório, da mesma forma que no relatório da III CNSM, por várias vezes podemos perceber a preocupação em estabelecer uma distinção entre cuidar e tratar. Não apenas o tratamento mas o cuidado é também considerado um direito das pessoas em sofrimento psíquico. “Another is that as far as possible, every patient **shall have the right to be treated and cared**”¹¹¹ (WHO, 2001, p. IX).

Outra importante afirmação retrata que, por trás do sofrimento e da ausência do Cuidado, reside a fronteira do estigma, da vergonha, da exclusão e até da morte. “Beyond the suffering and beyond the absence of care lie the frontiers of stigma, shame, exclusion, and more often than we care to know, death” (WHO, 2001, p. X).

A noção de Cuidado é, portanto, central no relatório “The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope” (WHO, 2001), o que pode ser observado pela adoção de várias expressões tais como: “primary care” (cuidados primários); “community care facilities” (equipamentos comunitários de cuidado); “home care support” (suporte para cuidados domiciliares); “care choices available” (opções de cuidado disponíveis); “mental health care” (Cuidado em Saúde Mental), dentre outras. O termo “Care” aparece no documento 580 vezes.

Esse relatório define a abordagem de Cuidados Comunitários em Saúde Mental como

¹¹⁰ Grifo nosso

¹¹¹ Grifo nosso

serviços que estão perto de casa, incluindo cuidados em hospital geral para crises agudas e instalações residenciais de longo prazo na comunidade; intervenções relacionadas com as incapacidades, bem como com os sintomas; tratamento e cuidados específicos para o diagnóstico e necessidades de cada indivíduo; uma ampla gama de serviços que atendam às necessidades das pessoas com transtornos mental e de comportamento; serviços que são coordenados por profissionais de saúde mental e agências comunitárias; serviços ambulatoriais que possam oferecer tratamento domiciliar; parceria com os prestadores de cuidados e satisfação das suas necessidades; legislação para apoiar os aspectos do cuidado acima descritos (WHO, 2001, p. 50).

A definição proposta abrange uma série de recursos e estratégias que, reunidos sistematicamente, poderão caracterizar uma Rede de Cuidados Comunitários em Saúde Mental. Apresenta também um referencial sobre o que seriam “bons cuidados” ou “Good Care”, como e onde deverão ser aplicados e os princípios básicos orientadores, alguns dos quais são particularmente relevantes para os Cuidados em Saúde Mental. Estes são: diagnóstico e intervenção precoces; uso racional de técnicas de tratamento; continuidade dos Cuidados; diversificação da oferta de serviços; participação dos usuários; parceria com as famílias; envolvimento da comunidade local; e integração aos Cuidados primários de saúde (WHO, 2001).

Nessa perspectiva, o tratamento adequado dos transtornos mentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais em uma clínica significativa, equilibrada e bem integrada (WHO, 2001).

Quanto à continuidade dos Cuidados, foram propostas as seguintes medidas: clínicas especiais para grupos de pacientes com os mesmos diagnósticos; transmissão de habilidades de Cuidado para os cuidadores; a mesma equipe de tratamento prestando cuidados aos pacientes e suas famílias; grupos educativos envolvendo pacientes e suas famílias; descentralização dos serviços e integração aos Cuidados primários de saúde (WHO, 2001).

Os princípios, diretrizes e parâmetros acima elencados constituíram-se em importante ponto de referência para a implementação da política de Saúde Mental brasileira, ocupando lugar central nos debates que caracterizaram esse campo técnico, político e social no decorrer das duas últimas décadas.

3.5 A IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL

A IV CNSM-I foi realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho e 1 de julho de 2010.

A convocação dessa Conferência pelo MS atendeu às reivindicações da delegação de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, que realizaram a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009, em defesa da realização da IV CNSM-I em 2010 (BRASIL, 2010).

No período que antecedeu a realização dessa Conferência, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, abrangendo cerca de 1.200 municípios brasileiros. Ao todo, cerca de 46.000 pessoas participaram das três etapas do processo de construção da conferência, consolidando as CNSM enquanto espaços democráticos para a construção de políticas de Estado com ampla participação popular (BRASIL, 2010).

A IV CNSM-I diferiu das conferências anteriores por adotar a intersetorialidade como uma de suas diretrizes centrais. Desde a III CNSM (2002) cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade do campo da Saúde Mental, exigindo a diversificação das formas de mobilização e articulação política, assim como da gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de Cuidado (BRASIL, 2010). Assim, fazia-se necessário incluir, nos debates e deliberações, os atores representantes dos campos que se articulam ao campo da Saúde Mental, tais como: saúde, educação, assistência social, direitos humanos, justiça, trabalho, economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, dentre outros.

Diante desse novo contexto, o tema escolhido para a IV CNSM-I – “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” – pretendeu estimular o debate coletivo sobre as lacunas e desafios decorrentes da complexidade e do “caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo”, em direção ao enfrentamento dos novos desafios, sem distanciar-se da consolidação dos avanços concretos na expansão e

diversificação da rede de serviços de base comunitária até então alcançados (BRASIL, 2010).

Ao analisarmos o texto dessa Conferência, podemos perceber a continuidade e aprofundamento dos debates empreendidos na III CNSM. Nesse sentido, a IV CNSM-I reiterou a importância do controle social reafirmando “a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviço, na produção do próprio Cuidado em Saúde Mental e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social” (BRASIL, 2010, p. 10).

Foi igualmente mantida a ênfase na estruturação de uma Rede de Cuidados Comunitários em Saúde Mental integrada à rede de Cuidados primários de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia de Saúde da Família assim como dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, enquanto requisito para a garantia do atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território (BRASIL, 2010).

A grande inovação dessa Conferência foi estabelecer a intersetorialidade como eixo transversal a todos os debates, aprofundando a compreensão de que o campo da Saúde Mental é transversal a várias outras políticas sociais (BRASIL, 2010).

A organização e consolidação de uma rede ampliada de atenção psicossocial (entre outros aspectos) foram discutidas ao longo dos três eixos através dos quais se estruturam os debates, a saber: Eixo I- Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; Eixo II- Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais; e Eixo III- Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial, sob diferentes e complementares matizes.

Em consonância com os princípios, diretrizes e normas do SUS e da Política de Saúde Mental, a IV CNSM-I propôs a implantação, ampliação, consolidação e fortalecimento

da rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento da população em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2010, p. 21).¹¹²

¹¹² Os serviços de saúde que devem compor essa rede de atenção psicossocial são: equipe de Saúde Mental na atenção básica; CAPS I, II, III, Álcool e Drogas e Infantil; Centros de Convivência; Residências Terapêuticas; Emergências

Recomenda-se que as redes de serviços de Saúde Mental trabalhem “com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família” (BRASIL, 2010, p. 21).

Quando analisamos, a partir de uma visão ampliada, a dimensão técnico-assistencial do processo de reforma psiquiátrica, compreendemos que a transformação na oferta de serviços de atenção em Saúde Mental implicou o estabelecimento de estratégias de Cuidados que envolvessem o reconhecimento do território e de seus recursos assim como a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território. Essa transformação implicou estabelecer estratégias de acolhimento ao sofrer mediante a criação de projetos e estratégias de cuidado diversificadas, articuladas em rede a esse território (YASUI, 2010).

Esse princípio estruturante da rede de atenção psicossocial encontra-se descrito na portaria MS nº 336/2002, principal documento que normatiza as ações de Saúde Mental no âmbito do SUS, em seu artigo 4º, alínea a, quando define que os CAPS, em todas as suas modalidades, devem “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de Cuidados em Saúde Mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002; YASUI, 2010)

Dando continuidade à abordagem que iniciamos sobre a questão do trânsito *versus* confinamento dos loucos no espaço das cidades a partir dos escritos de Martínez-Hernández (2012), na seção 3.3, é preciso aprofundar nossa compreensão sobre a questão da escolha do território como *locus* do Cuidado em Saúde Mental, destacada principalmente no relatório da III CNSM.

Para tanto, reportamo-nos a YASUI (2010) quando discute a respeito do Cuidado que, sendo um atributo eminentemente relacional, necessita de um lugar para ser concretizado. O autor destaca que o lugar das práticas psiquiátricas sempre se revestiu de especial importância, aspecto que merece uma análise mais específica.

Psiquiátricas e leitos para Saúde Mental e leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais; serviços de atendimento móvel de urgência e demais serviços substitutivos necessários aos cuidados contínuos em Saúde Mental (BRASIL, 2010).

Desde o século XIV, há registros do acolhimento dos loucos nos hospitais medievais (FOUCAULT, 2005a). No século XV, por sua vez, desenvolveu-se a prática do enclausuramento dos insensatos em embarcações, notabilizando-se a Nave dos Loucos (FOUCAULT, 2005a; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2012). A partir do século XVII, surgiram casas de internamento responsáveis pelo confinamento dos desviantes, dentre os quais os alienados (FOUCAULT, 2005a). No século XVIII, o manicômio passou a ser o *lócus* para o isolamento terapêutico dos loucos, sendo substituído, a partir do século XIX, pelos hospitais psiquiátricos (FOUCAULT, 2011).

As práticas de confinamento dos loucos próprias de cada um dos períodos acima descritos são representativas da racionalidade que se desenvolveu, marcadamente, a partir do século XVII, denominada sociedade disciplinar. As instituições disciplinares, como é o caso do manicômio e dos hospitais, tinham como função a neutralização dos perigos mediante a fixação das populações inúteis ou agitadas e, ao mesmo tempo, o papel de aumentar a utilidade, fabricar indivíduos dóceis e úteis (FOUCAULT, 2010).

A multiplicação dos estabelecimentos disciplinares possibilitou a ramificação dos mecanismos disciplinares de forma que às suas funções internas específicas foi acrescido um papel de vigilância externa, criando uma margem de controles laterais. No caso dos hospitais, por exemplo, eles tornaram-se cada vez mais ponto de apoio para a vigilância médica da população externa, difundindo-se procedimentos disciplinares a partir de focos de controle disseminados na sociedade (FOUCAULT, 2010).

A “disciplina” não pode se identificar com uma instituição nem com um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma “física” ou uma “anatomia” do poder, uma tecnologia. E pode ficar a cargo seja de instituições “especializadas” (as penitenciárias, as casas de correção do século XIX), seja de instituições que dela se servem como instrumento essencial para um fim determinado (as casas de educação, os hospitais) [...] (FOUCAULT, 2010, p. 203).

Para o autor, o panoptismo de Bentham permitiu definir as relações de poder com a vida cotidiana dos homens. Embora o panóptico possa ser representado por seu sistema arquitetural e ótico, trata-se na realidade de uma tecnologia política, que permitiu “destrancar”¹¹³ as disciplinas e fazê-las funcionar de maneira difusa, múltipla, polivalente no corpo social inteiro (FOUCAULT, 2010).

Em sua aula proferida em 11 de janeiro de 1978, Michel Foucault (2008) dedicou-se ao estudo do biopoder, propondo-nos a questão sobre como as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. O autor afirma que essa questão está diretamente relacionada ao biopoder.¹¹⁴

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) e Spink (2010) salientam que os conceitos de biopoder e biopolítica estão vinculados a uma forma de governamentalidade, que se estabeleceu nas sociedades ocidentais entre os séculos XVII e XVIII, quando se deu a transição entre o poder soberano e o biopoder, como já apresentado no capítulo 2 desta tese.

Enquanto as tecnologias disciplinares estiveram essencialmente centradas nos corpos individuais, a partir da metade do século XVII, a biopolítica passou a se dirigir ao corpo espécie, ao conjunto da população afetada pelos fenômenos da vida. As técnicas disciplinares não se extinguiram, ao contrário, passaram a compor as novas tecnologias da vida. Uma vez que a biopolítica tinha como foco os fenômenos relacionados à natalidade e à morbidade, às endemias, às epidemias, tornou-se possível a formatação de uma medicina que teria por função a higiene e a saúde públicas (SPINK, 2010).

Foi a partir desse novo contexto da biopolítica que a Psiquiatria de Setor Francesa, no fim da década de 1950, propôs a divisão de todo o país em unidades territoriais compostas por 70.000 habitantes aproximadamente. Cada setor deveria ser atendido por uma equipe psiquiátrica vinculada a um centro de Saúde Mental, que constituiria um serviço intermediário em relação à internação hospitalar. Sobre essa

¹¹³ Grifo do autor

¹¹⁴ Para que sejam empreendidas as análises no âmbito desta tese, é preciso lembrar que o poder, para Foucault, não se refere a uma substância, um fluido ou a qualquer outra coisa. Refere-se a um conjunto de mecanismos ou procedimentos “que tem como papel ou função e tema manter – mesmo que não o consigam – justamente o poder. É um conjunto de procedimentos [...], parte intrínseca de todas as relações, são circularmente o efeito e causa delas [...]” (FOUCAULT, 2008a, p.4).

política de setor, Castel (1987) lança-nos a questão: “preconizar uma ‘psiquiatria de extensão’ não é fazer do próprio social um grande corpo doente do qual todas as disfunções dependeriam de soluções médicas?” (CASTEL, 1987, p. 41).

Entre as décadas de 1920 e 1930, no Brasil, os ideais eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental permitiram que as fronteiras da Psiquiatria se ampliassem, abrangendo o terreno social (COSTA, 2006). Da mesma forma, na década de 1960, nos Estados Unidos da América, a Psiquiatria Preventiva americana introduz a noção de Risco e propõe estratégias para a prevenção e detecção precoce dos transtornos mentais que abrangem toda a sociedade (AMARANTE, 1995; YASUI, 2010).

Como podemos perceber, houve um deslocamento do lugar do Cuidado na Psiquiatria: deixamos o lugar do isolamento, da exclusão e da disciplinarização, representado pelas instituições totais asilares e pelos hospitais modernos, para assumir um novo lugar do Cuidado, representado pelo tecido social (CASTEL, 1987; YASUI, 2010).

Não se trata, no entanto, de uma simples mudança de lugar. Castel (1987) brilhantemente lança-nos a compreensão de como o saber médico-psicológico tornou-se instrumento de uma gestão diferencial das populações, com o apoio da sofisticação das tecnologias de informática e mediante a prevenção sistemática dos riscos.

A partir dos fundamentos sócio-históricos e políticos acima apresentados, podemos então retornar à indagação de YASUI (2010, p. 125) sobre quanto “devemos estar atentos para as relações entre a produção de cuidados e o território”, a fim de que não cometamos a imprecisão de reproduzir nessa relação outras lógicas de sujeição e dominação.

A compreensão de território como “delimitação geográfica sobre a qual um determinado serviço se torna responsável pelo atendimento das pessoas adscritas àquele local”, evocando uma concepção administrativa e burocrática, é imprecisa, reducionista e equivocada (YASUI, 2010, p. 127). Esse autor busca referências teóricas que ampliem essa perspectiva sobre o território, recorrendo a autores como Milton Santos, Félix Guattari, Peter Pelbart, dentre outros, para situar essa categoria conceitual central no processo de reforma psiquiátrica brasileiro como

[...] relação entre o natural e o social, como produção de subjetividades aprisionadas, mas também como potencialidade de disrupção, de criação de novos territórios existenciais, de

espaços de afirmação de singularidades autônomas. O que significa encontrar e ativar os recursos de singularização locais existentes. Por exemplo, estabelecer alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de inclusão social[...] criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade com a loucura (YASUI, 2010, p. 128-129).

Essa compreensão ampliada sobre o território permitirá que se produzam atos de cuidado para além dos serviços de saúde, constituindo outra lógica assistencial em Saúde Mental que produzirá novos lugares sociais para a loucura (YASUI, 2010).

É nessa perspectiva que o relatório da IV CNSM-I recomendou que a atenção psicossocial seja a ordenadora da rede intersetorial, com o estabelecimento de planejamento e gestão centrados em módulos territoriais intersetoriais compostos por um conjunto de serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados e complementares, considerando-se as realidades socioculturais, econômica e política locais (BRASIL, 2010).

A IV CNSM avança no sentido de apresentar-nos uma perspectiva de território como “processo, como relação, rompendo com a noção de esquadrinhamento da sociedade” distanciando-se da delimitação de áreas de abrangência pautadas unicamente no mapa da cidade, de forma que para cada CAPS haverá um território ou tantos territórios conforme as singularidades de seus usuários e dos grupos sociais aos quais pertencem (YASUI, 2010, p. 130).

Antes e acima de tudo, compreendemos que, para desenvolver ações integrais de Cuidado em Saúde Mental no território, é necessário investir em “novas formas de Cuidado”, categoria recorrente nos relatórios das CNSM. Desde as primeiras análises sobre a Psiquiatria de Setor francesa a questão da necessidade do desenvolvimento de novas habilidades pelos psiquiatras (extensivo às demais categorias profissionais da saúde) está presente, indicando-nos que essa compreensão não é recente.

Sterlin (1969 apud Castel, 1987, p. 42) já afirmava que

mais a ação do psiquiatra se quer precoce e radical, mais ela deve intervir no nível dos conjuntos, das estruturas familiares e sociais, cuja

apreensão exige o domínio das teorias e práticas novas ainda mal definidas (...) Ele não pode mais se contentar (instado pelo psiquiatra de asilo) em “constatar”, quer dizer, reconhecer sua importância no nível da estrutura já alterada, mas ressoante a necessidade de intervir no nível da estrutura que se está alterando, ou mesmo experimentar a vertiginosa tentação de intervir no nível da conjuntura.

Nesse sentido, o relatório das CNSM vem enfatizando a importância de investimento em ações de educação permanente que permitam aos profissionais de saúde que desenvolvem ações de Cuidado em Saúde Mental compreender as exigências e possibilidades de seu novo papel. Da mesma forma, são feitas recomendações no sentido de que as instituições formadoras de profissionais de saúde, tanto em nível superior como no nível técnico, atualizem seus currículos e os programas de suas disciplinas a fim de proporcionar, desde a formação, a constituição de habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas para o Cuidado comunitário em Saúde Mental (BRASIL, 2002, 2010).

Dentre as “novas formas de Cuidado em Saúde Mental” recomendadas no relatório da IV CNSM-I, podemos mencionar as seguintes: a terapia comunitária; os consultórios de rua, no âmbito da política de redução de danos aos usuários do álcool e outras drogas; a territorialização dos equipamentos culturais, sociais e das práticas populares de saúde e de cuidado; a implementação de cuidados primários de Saúde Mental mediante o apoio matricial.

No entanto, da mesma forma que no relatório da III CNSM, na IV CNSM-I identificamos contradições entre as lógicas quantitativa e qualitativa nas propostas de instrumentos de processos de gestão no campo da Saúde Mental.

A recomendação de que sejam incluídos indicadores de Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), por meio da criação de instrumentos de coleta de dados e acompanhamento de casos de adoecimentos mentais pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), é um exemplo explícito dessa lógica em que se pretende adotar

[...] códigos utilizados nos diagnósticos de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas¹¹⁵ (BRASIL, 2010, p. 24).

Propostas como a acima transcrita equivocam-se ao ignorarem que a primeira das grandes operações da disciplina foi a constituição de “quadros vivos”¹¹⁶ que, sob a forma da taxonomia, têm por função reduzir as singularidades individuais e constituir classes que passem então a ser administráveis (FOUCAULT, 2010).

Desde o fim do século XVIII, os hospitais vêm representando lugares de assistência assim como de formação e aperfeiçoamento científico, constituindo o local da disciplina médica. Foi no hospital que o exame se desenvolveu enquanto tecnologia de produção de saber e amplificação do poder, “[...] onde era preciso reconhecer os doentes, expulsar os simuladores, acompanhar a evolução das doenças, verificar a eficácia dos tratamentos, descobrir os casos análogos e os começos de epidemias”. Foucault considera que os hospitais constituíram-se em “grandes laboratórios para os métodos escriturários e documentários” (FOUCAULT, 2010, p. 181-182).

A formação de uma “série de códigos de individualidade disciplinar” permitiu transcrever e homogeneizar as características individuais identificadas por meio do exame e marcou “uma primeira formalização do individual dentro das relações de poder”. O exame permitiu que o indivíduo se tornasse objeto descritível, analisável, mantendo-o sob o controle de um saber permanente. Formou-se a partir de então um sistema comparativo que permitiu “a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa população” (FOUCAULT, 2010, p. 18-182). O exame marcou a entrada do indivíduo no campo do saber, assumindo centralidade nos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto do poder e do saber (FOUCAULT, 2010).

Com o advento da biopolítica das populações, ao final do século XVIII, a preocupação de maximizar o vigor e a saúde das populações está relacionada ao fato de que o corpo objeto das intervenções não é o dos indivíduos, mas o das populações (FOUCAULT, 1994; CAPONI, 2012). As análises de séries estatísticas tiveram papel preponderante

¹¹⁵ Grifo nosso

¹¹⁶ Grifo do autor

neste processo, pois possibilitaram cálculos, previsões, estimativas e, conseqüentemente, políticas direcionadas ao conjunto da população, embora necessariamente articuladas com as formas disciplinares (SPINK, 2010; CAPONI, 2012). O exame enquanto estratégia de saber-poder foi atualizado e ressituated no contexto das intervenções dirigidas às populações.

As propostas de criação e ampliação do alcance dos indicadores epidemiológicos no campo da Saúde Mental são justificativas, no relatório da IV CNSM-I, pelo fato de que

a qualificação dos mecanismos de planejamento e gestão do trabalho, mediante a definição e pactuação de indicadores e metas de avaliação, produção e qualidade para a assistência à Saúde Mental, nos seus vários níveis, depende, em boa medida, da qualidade das informações que os setores responsáveis pela execução das políticas públicas disponham. Por isso a necessidade de se fomentar estudos do perfil epidemiológico da demanda em saúde[...] (BRASIL, 2010, p. 42).

No entanto, faz-se imprescindível refletir sobre os procedimentos quantitativistas da epidemiologia na construção de indicadores de saúde, ante ao risco de naturalizar e perpetuar estratégias de medicalização do social.

A crítica sobre a medicalização da sociedade pode ser evidenciada desde o relatório da I CNSM, embora de forma ainda superficial. No entanto, percebemos na IV CNSM-I um aprofundamento desse debate, inclusive com a indicação de estratégias e caminhos que poderão proporcionar à sociedade a superação dos mecanismos de medicalização na Saúde Mental.

Dentre as propostas que apontam essa perspectiva, podemos mencionar as seguintes: 1) implantação, ampliação e fortalecimento da terapia comunitária como estratégia intersetorial de promoção e cuidado em Saúde Mental; 2) superação do pagamento por procedimento, que tem por base a doença, estabelecendo-se um piso financeiro para todos os CAPS e o reajuste do piso da atenção básica para ações de Saúde Mental; 3) fortalecimento das redes locais de Cuidado em Saúde Mental; 4) incentivo ao cultivo de plantas medicinais com objetivos ocupacionais como também para a produção de medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2010).

Embora permaneça a preocupação em garantir a universalidade e continuidade do acesso aos medicamentos psicotrópicos por parte dos usuários com transtornos psicóticos, recomenda-se que seja sempre respeitado “o princípio geral da desmedicalização do sofrimento psíquico”, devendo-se estimular o uso racional dos medicamentos e, assim, evitando-se que o tratamento medicamentoso seja a principal intervenção (BRASIL, 2010, p. 33-34).

A discussão avança ao ponto de se propor a criação, no âmbito do MS, em colaboração com a Agência Nacional de Vigilância em Saúde, de

uma instância controladora da medicalização da sociedade que tenha por função o monitoramento da indústria farmacêutica, no que tange a ações, inclusive em congressos profissionais, que levam ao abuso da prescrição e do consumo de psicofármacos (BRASIL, 2010, p. 35).

O Cuidado em rede é apontado como uma estratégia imprescindível para que se atinja a desmedicalização na Saúde Mental, quando se propõe que a superação do uso contínuo e indiscriminado de medicamentos depende do fortalecimento dos espaços de escuta e expressão no território, lançando mão de novas estratégias e formas de Cuidado ao sofrimento psíquico, tais como a terapia comunitária, as rodas de conversa, as oficinas terapêuticas, o esporte, os grupos de dança e arte-terapia (BRASIL, 2010).

O consumo indiscriminado de medicamentos psicoativos é considerado um importante problema de saúde pública, demandando as diversas ações e estratégias acima elencadas, como também a ampliação da quantidade e qualidade da informação disponibilizada à população de modo geral e, em especial, aos usuários da rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2010).

Assim como discutido em relação à III CNSM, a noção de Cuidado encontra-se presente no texto do relatório da IV CNSM-I, igualmente imbuído de sentidos diversificados, ora complementares, ora contraditórios, tais como:

- a integralidade e a continuidade do Cuidado como diretrizes para a constituição e consolidação de uma rede de Cuidados psicossociais;

- o Cuidado em Saúde Mental como componente central de uma rede de atenção psicossocial ampliada, territorializada e intersetorial;

- a valorização das redes locais de Cuidados e das práticas populares de Cuidados;
- o Cuidado compondo as estratégias de desmedicalização na Saúde Mental;
- O Cuidado interdependente de critérios epidemiológicos quantitativistas.

A síntese acima mostra-nos que o período representado pela IV CNSM-I proporcionou um avanço na direção da formalização do Conceito de Cuidado em Saúde Mental. Foi estabelecida uma nova vinculação da noção de Cuidado às práticas de desmedicalização na Saúde Mental. No entanto, a ambiguidade que acompanha esse conceito, desde sua entrada no campo da Saúde Mental no Brasil, permanece insolúvel.

Por meio dos aportes de Michel Foucault, em sua obra *Arqueologia do Saber* (2012), consideramos que os enunciados sobre o Cuidado atingiram seu limiar de positividade e de epistemologização. Pudemos verificar que a noção de Cuidado ultrapassa, hierarquicamente, os saberes que lhe deram origem, exercendo sobre eles uma função de dominância. Outrossim, não consideramos que tenha atingido um limiar de cientificidade, uma vez que não percebemos sua vinculação a leis de construção de proposições, observando-se ainda profundas lacunas e obstáculos para sua sistematização.

A revisão de literatura empreendida em nossa pesquisa permitiu-nos compreender que o Cuidado, vinculado à noção de atenção, foi considerado, na área da Saúde Mental, como o que dá identidade ao campo da atenção psicossocial (VENANCIO; LEAL; DELGADO, 1997 apud AFONSO, 2001).

A abordagem sobre a noção de Cuidado nos artigos científicos estudados avança em direção a sua ampla compreensão enquanto prática social, não se percebendo um movimento em direção a sua delimitação enquanto conceito. Nos artigos estudados, identificamos menções à fenomenologia e à teoria psicanalítica, assim como às abordagens de Gramsci, Foucault e Deleuze, enquanto referenciais teóricos que fundamentam as práticas no campo da atenção psicossocial. No entanto, não identificamos em igual medida um esforço coletivo em fundamentar o que se compreende por Cuidado e a partir de qual filiação teórica o Cuidado está sendo discutido no campo da atenção psicossocial.

Na próxima seção, trataremos de discutir com maior profundidade as relações estabelecidas entre o conceito de Risco e a noção de Cuidado, situando-os no contexto das estratégias de que o

Dispositivo de Segurança lança mão para operar no campo da Saúde Mental.

3.6 TRANSVERSALIDADES DISCURSIVAS SOBRE A PROBLEMÁTICA DO RISCO NAS CNSM

Durante a análise dos relatórios das CNSM, identificamos o conceito de Risco vinculado a duas tradições discursivas, segundo propõe Spink et al. (2007, 2012): a tradição do Risco como Perigo e a tradição do Risco como Probabilidade. Conforme apresentamos no capítulo 3, cada uma dessas tradições possui um vocabulário próprio, por meio do qual esses conceitos circulam e operam em diferentes contextos do cotidiano das pessoas e de diferentes campos do saber.

A I CNSM coincide com o período inicial do processo de reforma psiquiátrica brasileira. Estava em pauta o debate sobre a suposta periculosidade do doente mental assim como questões relativas a sua tutela, curatela e a sua imputabilidade jurídica. Nesse contexto, é possível perceber a ocorrência de discursividades vinculadas à noção de Risco como Perigo, representadas pelos vocábulos “delinquentes”, “psicopatas”, “periculosidade”, “perigosa”, “perigo”, “ameaça” (BRASIL, 1988).

A plenária da I CNSM tentou demarcar a necessidade de revisão das concepções que eram utilizadas para atribuir ao doente mental a condição de periculosidade, considerando as nomenclaturas de uso corrente (acima registradas) como “deformações conceituais vigentes” (BRASIL, 1988). Tal recomendação foi reforçada pelos articulistas das CNSM subsequentes.

Em 1991, a OMS publicou o documento intitulado “A PROTEÇÃO DE PESSOAS COM ENFERMIDADE MENTAL E A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL”. O princípio de número 16, enunciado nesse documento, tratava sobre a possibilidade da admissão involuntária da pessoa portadora de doença mental, considerando-se “que, devido à enfermidade mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente a pessoa ou a outros” (BRASIL, 1994, p. 86).

Ainda nesse documento, o princípio 18 (Salvaguardas Processuais) recomenda que

cópias dos registros do paciente e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos ao paciente e a seu

advogado, exceto em casos especiais onde esteja determinado que uma revelação específica ao paciente poderia causar **dano** grave à saúde do paciente ou pôr em **risco a segurança de outros** (BRASIL, 1988, p. 88).

As noções de “dano” e de “risco à segurança de outros” estão diretamente relacionadas à noção de Risco como Perigo.

Desde a constituição da Medicina social, a partir do século XVIII, os focos de periculosidade que ameaçavam a segurança pública, situados nos espaços urbanos, deveriam ser contidos. Nos séculos seguintes, outorgou-se à Psiquiatria a função de polícia médica, salvaguardando a segurança da população em relação à presumida periculosidade do doente mental (FOUCAULT, 2011).

Para a Psiquiatria Clássica, a noção de periculosidade traduzia-se pela percepção do doente mental como suscetível de uma passagem ao ato imprevisível e violento, a depender da subjetividade do julgamento do psiquiatra, resultando no intervencionismo representado pelo encarceramento ou pela esterilização (CASTEL, 1987).

Esse argumento da salvaguarda da segurança pública foi utilizado com frequência, durante as décadas de 1980 e 1990, para tecer críticas ao processo de desospitalização defendido pelo movimento antimanicomial no Brasil.

Em estudo sobre como a Psiquiatria e o Sistema Penal na França estão situados no Dispositivo de Segurança, Olivier Doron (2014) discute que o alienismo e a Psiquiatria constituíram-se em práticas alternativas ao confinamento determinado pelas leis, cuja infração corresponderia a uma pena específica. Mediante um ato administrativo, fundamentado no poder-saber que detinham sobre a doença mental, o alienista e o psiquiatra poderiam julgar um sujeito como destituído de seus atributos jurídico-políticos que, incapaz de se governar, representaria um perigo eminente, anterior a qualquer ato que pudesse cometer. O encerramento “terapêutico” nos manicômios justificava-se em função de antecipar e conter os riscos que a loucura representava ante a atribuição do estatuto de periculosidade ao doente mental (FOUCAULT, 2010; DORON, 2014).

Para romper com essa acepção da presumida periculosidade do doente mental, a III CNSM propôs a alteração do Código Penal brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” do portador de transtorno mental infrator, sendo-lhe

garantindo o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social (BRASIL, 2001).

De fato, desde o texto da I CNSM percebemos expressões de preocupação quanto à superação dos estigmas impostos ao sujeito pelo fato de seu adoecimento ou de seu sofrimento psíquico. Essa preocupação implicou a adoção paulatina de outras formas menos estigmatizantes de se referir a esse sujeito, ao ponto de encontrarmos, na IV CNSM-I, uma recomendação explícita de que seja adotada a nomenclatura “pessoa em sofrimento psíquico”, para designar os usuários dos serviços de Saúde Mental em todo o texto de seu relatório final (BRASIL, 2010).

Ao contrário do que ocorre com as formas de se referir à pessoa em sofrimento psíquico, em que há um declínio do uso do vocabulário vinculado ao conceito de Risco como Perigo, a temática do Risco Epidemiológico esteve sempre engendrada nos debates em torno das Políticas de Saúde Mental no Brasil, desde a I CNSM, conforme abordamos ao longo deste capítulo.

Essa tradição do Risco como probabilidade vincula-se à perspectiva histórica dos discursos sobre o Risco relacionados à governamentalidade em Michel Foucault ¹¹⁷(SPINK et al., 2007; 2012). Tais discursividades referem-se às estratégias de governo das populações, instauradas desde a modernidade clássica, em decorrência da crescente complexidade dos cálculos estatísticos e do avanço dos processos de disciplinarização da vida privada das pessoas. O conceito de Risco como probabilidade de ocorrência tornou-se, devido a essa tradição, central em campos do conhecimento como a Epidemiologia, tendo forte representatividade nas ciências da saúde de forma geral. No vocabulário próprio dessa tradição, figuram os termos “Risco”, “aposta”, “chance”, “seguro/segurança”, “probabilidade”, “prevenir/prevenção”, “arriscar/arriscado” (SPINK et al., 2007; 2012).

É preciso analisar criteriosamente, tomando como ponto de partida a apresentação esquemática do vocabulário sobre os Riscos e o Cuidado nas CNSM, as implicações da aproximação entre essas duas noções (Risco e Cuidado) no contexto do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro.

O glossário utilizado para referir-se ao Risco como Probabilidade, assim como ao Cuidado, em cada uma das CNSM, encontra-se descrito no quadro a seguir.

¹¹⁷ Conforme discutimos no capítulo 2 desta tese.

Quadro I – Glossário sobre Risco como Probabilidade e Cuidado nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, Brasil, 1987-2001.

Conferência de Saúde Mental (CNSM)	Glossário sobre Risco como Probabilidade	Glossário sobre Cuidado
I CNSM (1987)	Taxas de prevalência; alto risco de adoecimento; graus de risco; campo populacional; estudos epidemiológicos.	Ausência de terminologias correlatas à noção de Cuidado.
II CNSM (1992)	Dimensão epidemiológica; critérios epidemiológicos; prevalência de sintomas e doenças; perfil epidemiológico da população; investigações epidemiológicas e socioantropológicas.	Cuidado(s); novas tecnologias de Cuidado; práticas de Cuidados; quem cuida; quem é cuidado; sistemas de Cuidados de saúde e sociais; Cuidados de saúde e sociais; estratégias manicomiais de Cuidados; dispositivos de Cuidados; novos modelos de Cuidado; Cuidado da psicose; práticas de Cuidado às pessoas; tempo de Cuidar; Cuidados básicos; produção de Cuidados específicos; provisão de Cuidados; prestar Cuidados.
III CNSM (2001)	Realidade epidemiológica, estudos epidemiológicos; avaliação epidemiológica; perfil epidemiológico; dados epidemiológicos; áreas de risco; necessidade epidemiológica; grupos de risco; levantamento epidemiológico; censo de base epidemiológica; critérios epidemiológicos; indicadores epidemiológicos; segmentos de usuários em situação de maior risco; usuários em situação de risco.	Atos de Cuidar; agentes do Cuidado; processo de Cuidado; Cuidados primários de Saúde Mental; Cuidado em Saúde Mental; Cuidado contínuo e permanente; modelo de Cuidado; prática de Cuidado domiciliar; Cuidado hospitalar; novas formas de Cuidado do sofrimento; novas modalidades de Cuidado em Saúde Mental; rede

		substitutiva de Cuidados; rede de Cuidados em Saúde Mental.
IV CNSM-I (2010)	Indicadores/marcadores epidemiológicos de Saúde Mental; perfil epidemiológico; estudos do perfil epidemiológico; censo epidemiológico; critério epidemiológico no lugar do critério populacional; fatores epidemiológicos; dados epidemiológicos.	Ações de Cuidado; Cuidado integral; integralidade do Cuidado; estratégia de Cuidado no território; Cuidado em Saúde Mental; Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária / Básica; estratégias inovadoras e intersetoriais de Cuidado; práticas populares de Cuidado; Cuidados contínuos em Saúde Mental; rede de Cuidados psicossociais; redes locais de Cuidados em Saúde Mental; continuidade do Cuidado; fortalecimento do Cuidado em rede.

O Quadro 1 indica que o glossário relativo ao Risco como Probabilidade, assim como ao Cuidado, apresenta-se com relevância progressiva nos relatórios da II, III e IV CNSM, respectivamente. De fato, ambos os conceitos são centrais e recorrentes nos debates em torno da consolidação de um novo modelo de atenção à Saúde Mental, evidenciando o processo de constituição e autonomização desse campo no Brasil, que possibilitou vias para novas ideias e epistemologias, assim como para a formulação e revisão de conceitos.

Embora o conceito de Risco Epidemiológico já estivesse consolidado no campo da saúde coletiva, conforme descrito no capítulo 2 desta tese, sofreu recontextualizações, de modo que pudesse operar, no campo da Saúde Mental, vinculado ao conceito de Cuidado.

A noção de Cuidado por sua vez, embora não estivesse presente no campo da Saúde Mental até a década de 1980, passa a operar nesse campo, a partir do final da década de 1980 e início da década de 1990, proporcionando um novo arcabouço para as práticas técnico-assistenciais como também discursivas, na direção apontada pelo movimento de luta antimanicomial, de restituição à pessoa em

sofrimento psíquico de seu estatuto de sujeito jurídico-político. Em paralelo, estruturou-se uma rede de Cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos, deslocando o Cuidado das instituições de características asilares para as Redes de Cuidados. Nesse novo modelo de Cuidados em Saúde Mental, as estratégias de Cuidado deveriam ser efetivadas em redes comunitárias de abrangência territorial e intersetoriais, mediante práticas que se distanciassem da medicalização dos sofrimentos cotidianos.

Numa primeira vista panorâmica, parece-nos haver uma grande coerência entre os eixos técnico-assistencial e jurídico-político estruturantes da Política de Saúde Mental brasileira. Porém, quando aproximamos e ajustamos nossas lentes, uma leitura crítica nos revela as armadilhas que continuam a nos ameaçar bem como indicam reflexões que não podemos deixar de fazer.

O primeiro paradoxo que nos aguça a atenção é a convivência entre conceitos que poderiam ser considerados de algum modo contraditórios ou antagônicos, como os de Cuidado e de Risco. Essa constatação reitera o que afirma Costa (2006) quanto ao fato de que, sendo a Psiquiatria bem como a Saúde Mental campos sociais, não deveríamos esperar que houvesse uma coerência teórica absoluta no interior desses campos.

Um segundo paradoxo é coocorrência de práticas discursivas e estratégias de Cuidados características da sociedade disciplinar, assim como estratégias de gestão biopolítica das populações no interior do que podemos chamar de dispositivo de Saúde Mental contemporâneo.

No sentido de elucidar essas aparentes contradições, lançamos mão dos escritos de Michel Foucault sobre a Sociedade de Segurança, em sua aula de 11 de janeiro de 1978, publicada na obra *Segurança, Território e População* (FOUCAULT, 2008a).

O autor propõe inicialmente estudar uma série de fenômenos que denomina biopoder, partindo do questionamento sobre como “as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana” (FOUCAULT, 2008a, p. 3). Definiu biopoder como o

[...] conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política,

numa estratégia geral de poder (FOUCAULT, 2008a, p. 3).

O autor esclarece que, diferente da época clássica, em que o súdito devia a sua vida e a sua morte à vontade do soberano, no contexto da modernidade, o poder passou a funcionar com base na incitação e na vigilância, produzindo, intensificando e ordenando forças, mais do que as limitando ou destruindo (ARÁN; PEIXOTO JR., 2007).

Para Michel Foucault (1994), o “fazer morrer ou deixar viver” do poder soberano foi substituído pelo “fazer viver e deixar morrer” do biopoder. O fazer viver do biopoder se baseia em duas tecnologias específicas. A primeira delas, criada nos séculos XVII e XVIII, consiste em técnicas centradas no corpo individual, caracterizadas por procedimentos que asseguram a sua distribuição espacial e a organização de sua visibilidade, pautadas pela disciplina. No século XVIII, surgiu uma segunda técnica de poder, que complementou a primeira, relacionada à gestão da vida – o nascimento, a mortalidade, a saúde e a longevidade. De uma anátomo-política do corpo passou-se a uma biopolítica da vida (FOUCAULT, 1994).

Em suma, a vida se transformou em objeto de poder: o que existe agora são corpos e populações, e essa relação com a biopolítica exige uma nova leitura sobre o campo da Psiquiatria. É importante entender que a biopolítica não se refere a sujeitos de direito, a sujeitos jurídicos, mas a corpos biológicos e a seus processos de nascimento, reprodução, saúde, fortalecimento e mortalidade (BRANDÃO; SANTOS; BARBOSA, 2012).

Especialmente no campo da Saúde Mental, qualquer transversalidade em relação às estratégias que caracterizam o biopoder e a biopolítica devem ser cuidadosamente analisadas, a fim de que não sejam inadvertidamente incorporadas e naturalizadas.

Se pensarmos que, ao reduzir a existência ao seu mínimo biológico, o biopoder contemporâneo nos transforma em meros sobreviventes, destituídos de nossos atributos políticos; se considerarmos que, nessa nova relação entre o poder e a vida, o poder “tomou de assalto a vida”, penetrando em todas as esferas da existência, mobilizando-as inteiramente; se constataremos que, “desde os genes, o corpo, a afetividade, o psiquismo, até a inteligência, a imaginação, a criatividade, tudo foi violado, invadido, colonizado, quando não diretamente expropriado pelos poderes” (PELBART, 2011, p. 1), estaremos em vias de estabelecer um possível ponto crítico de partida

para uma resistência aos mecanismos contemporâneos de assujeitamento e dessubjetivação do ser humano.

Concentrando-nos uma vez mais na aula de 11 de janeiro de 1978, após definir algumas proposições fundamentais à compreensão dos seus estudos sobre o poder, Foucault (2008a) prossegue descrevendo o que convencionou chamar o “Dispositivo de Segurança”.

Para o autor, desde a Antiguidade Clássica, desenvolveram-se três modalidades de governo dos homens: primeiro, o *mecanismo legal* que consistiu na criação de leis que estabeleceram uma divisão binária entre o que é permitido e o que é proibido, e cujo descumprimento implicará uma punição; segundo, o *mecanismo disciplinar* que se somou ao mecanismo legal de forma que, “além do ato legislativo que cria a lei e do ato judicial que pune o culpado, aparecerá toda uma série de técnicas adjacentes, policiais, médicas, psicológicas, [...] do domínio, da vigilância, do diagnóstico”, da sujeição dos indivíduos (FOUCAULT, 2008a, p.8); terceiro, o *Dispositivo de Segurança*, que considera os fenômenos numa série de acontecimentos prováveis, de forma que esses fenômenos interessarão ao poder na medida em que impliquem um cálculo de custos, fixando-se uma média considerada ótima, que passará a ser a referência do normal/anormal, aceitável/inaceitável (FOUCAULT, 2008a; DORON, 2014).

Buscando esclarecer o paradoxo que enunciamos anteriormente sobre a sobreposição de estratégias fundamentadas na disciplina e na biopolítica, evidenciadas no estudo dos relatórios das CNSM, Foucault (2008a) permite-nos concluir que os três mecanismos descritos no parágrafo anterior não ocorrem isoladamente, tampouco sucessivamente.

Não há uma série na qual os mecanismos jurídico-legal, disciplinar e de segurança vão se suceder de forma que um apareça e faça seus predecessores desaparecerem. “Não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança”. Há, ao contrário, um sistema de correlação entre os três mecanismos anteriormente mencionados, de forma que o *corpus* disciplinar é amplamente ativado e fecundado pelo estabelecimento de mecanismos de segurança, e que, por sua vez, haja uma verdadeira inflação do código jurídico-legal para fazer o sistema de segurança funcionar (FOUCAULT, 2008a, p. 11).

A título de exemplo, se, no mecanismo disciplinar, procura-se corrigir um doente mental por meio de sua reclusão e disciplinamento no aparato manicomial, em função de seu *risco* de recidiva e reincidência, representado na noção de periculosidade, pode-se dizer que os mecanismos de segurança são igualmente antiquíssimos, tais

quais os mecanismos jurídico-legais e disciplinares. No supramencionado exemplo, a noção de Risco já se encontrava implícita. O que muda para Foucault é a “dominante”, ou seja, “o sistema de correlação entre os mecanismos jurídico-legais, disciplinares e de segurança” (FOUCAULT, 2008a, p. 11).

Se, numa sociedade, instala-se uma tecnologia de segurança, esta fará funcionar, mediante uma tática própria, elementos jurídicos, disciplinares e de segurança (FOUCAULT, 2008a).

Diante disso, é fundamental perceber, no âmbito de nossa pesquisa, que, no Brasil, na medida em que as práticas disciplinares asilares e hospitalocêntricas foram substituídas, pelo menos parcialmente, no processo de constituição de uma rede de Cuidados em Saúde Mental territorializada e comunitária, emergiram as discursividades sobre os riscos, que constituem elementos centrais do Dispositivo de Segurança.

Se a desospitalização e a desinstitucionalização implicaram o abandono das práticas disciplinares de confinamento e esquadrinha dos corpos, assim como no modelo da varíola¹¹⁸ (FOUCAULT, 2008a), o que passará a interessar saber será, por exemplo: Quantas pessoas numa dada população sofrem de transtornos mentais? Qual risco se corre em manter essas pessoas no seu território? A quais riscos a sociedade estará exposta se essa pessoa abandonar o tratamento medicamentoso, podendo tornar-se violenta e perigosa? Que indicadores epidemiológicos serão adotados para o planejamento dos investimentos em intervenções no campo da Saúde Mental?

Uma das características essenciais do Dispositivo de Segurança para Foucault (2008) é que a gestão das populações se faz pela estimativa de probabilidades. Justifica-se, portanto, a presença abrangente das discursividades em torno do conceito de Risco Epidemiológico nos relatórios das CNSM e sua complementaridade em relação ao conceito de Cuidado, pelo fato de que o novo modelo de Cuidados opera como um elemento do Dispositivo de Segurança.

Que outras evidências obtidas mediante a análise do *corpus* documental desta pesquisa levam-nos a estabelecer essa teorização?

A partir da III CNSM, passou-se a atribuir uma ênfase na constituição de “redes substitutivas de Cuidados” ou ainda “redes de Cuidados em Saúde Mental”. A IV CNSM-I apresenta-nos ainda a proposição de “redes locais de Cuidados em Saúde Mental”. A questão

¹¹⁸ A respeito do qual Foucault (2008a) estabelece um comparativo em relação ao modelo da lepra e da peste.

das redes está intimamente relacionada à questão do território no Dispositivo de Segurança.

A partir de estudos de historiadores sobre cidades dos séculos XVII e XVIII, Foucault identificou diferentes tratamentos do espaço relacionados ao mecanismo legal, ao mecanismo disciplinar e ao Dispositivo de Segurança. No entanto, apesar dessas diferenças que descreveremos a seguir, permanece em comum a questão das multiplicidades e da circulação (FOUCAULT, 2008a).

Para o autor, o problema central para a soberania é a disposição hierárquica da sede do governo no território; para a disciplina, o espaço da cidade deve ser arquitetado de forma a manter uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos; a segurança, por sua vez, procurará criar um ambiente que maximize os elementos positivos, de forma que se possa circular da melhor maneira possível e que, ao mesmo tempo, se minimizem os riscos e inconvenientes, como os roubos, as doenças, sabendo-se que não poderão ser simplesmente suprimidos. Trata-se, então, de inscrever no espaço uma série de acontecimentos possíveis e aleatórios (FOUCAULT, 2008a).

O modelo de território da sociedade de segurança foi apropriado pelo Estado moderno neoliberal para o qual a noção de rede é central. Conforme discute Pelbart (2003, p. 21), o capitalismo neoliberal “depende da circulação de [...] fluxos de capital, de informação, de imagens, de bens, [...] e, sobretudo, de pessoas”, apesar de que nem todos extrairão dessa circulação os mesmos benefícios.

O capitalismo em rede (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2000 apud PELBART, 2003) é afeito às conexões, à fluidez, à capacidade de mover-se no território e alimentar os fluxos produtivos do mercado de consumo. Produz, portanto, novas formas de exploração e de exclusão. Ser excluído, nesse novo contexto, é não ter o direito de estar em rede, não apenas em redes informatizadas, mas em *redes de vida*¹¹⁹ num sentido mais amplo (PELBART, 2003).

Se antes a pertinência às redes de sentido e de existência, aos modos de vida e aos territórios subjetivos dependia de critérios intrínsecos tais como tradições, direitos de passagem, relações de comunidade e trabalho, religião, sexo, cada vez mais esse acesso é mediado por pedágios

¹¹⁹ Grifo do autor

comerciais, impagáveis para uma grande maioria (RIFKIN, 1998 apud PELBART, 2003).

Compreendemos que as recomendações da IV CNSM-I apontam o resgate da dimensão processual e relacional do território, valorizando as suas singularidades sociais, culturais, econômicas e políticas, que poderão criar “vias de circulação” aos sujeitos em sofrimento psíquico que não sejam mediatizadas pelas relações de mercado (PELBART, 2003; YASUI, 2010). No entanto, caso essa compreensão não seja alcançada, poder-se-á incorrer em novos processos de exclusão, retroalimentados pela impossibilidade de circulação dos sujeitos no território.

Nessa nova racionalidade da sociedade de segurança, os Riscos relacionados à circulação das pessoas em sofrimento psíquico são minimizados por uma nova estratégia disciplinar: a docilização dos corpos, não mais pelo encerramento físico, mas pelo encerramento químico (FOUCAULT, 2008a). A utilização dos psicofármacos impõe um modelo que controla hábitos e condutas, domina os pensamentos e os delírios, minimiza o risco da violência, mas a um custo psíquico (e eu diria social) bastante elevado (CAPONI, 2009).

Percebemos, afinal, que a questão da circulação da pessoa em sofrimento psíquico continua tendo sua importância e centralidade, de forma que garantir a segurança de que circulará sem causar danos ou transtornos à sociedade é uma das pautas centrais dos programas terapêuticos. Essa garantia é atribuída à possibilidade de controle dos comportamentos indesejáveis pelos psicofármacos, assim como ao papel de controle outorgado à família.

Na sociedade de segurança, é permitido ao indivíduo algum grau de autonomia, exigindo-se uma postura mais ativa sobre o seu autocuidado. Mesmo que o indivíduo seja considerado doente e frágil, é possível responsabilizá-lo pelo seu autogerenciamento e autocontrole, enfim, pela gestão de seus Riscos (DORON, 2014). Para Foucault (2008a), é necessário liberdade para que o Dispositivo de Segurança funcione.

Se, de acordo com o estudo de Doron (2014), na França, o que permitiu a Saúde Mental se reorganizar e funcionar no interior do Dispositivo de Segurança foi a noção de “percursos de Cuidados”¹²⁰, no Brasil, a análise dos relatórios das CNSM revelou que essa possibilidade

¹²⁰ Grifo do autor

é atribuída à noção de “Redes de Cuidados”¹²¹. Podemos encontrar nos documentos das políticas públicas de saúde brasileiras outra expressão homônima: “linhas de Cuidados”.

Justamente na encruzilhada do que faz viver e do que deixa morrer, situa-se o Cuidado (FOUCAULT, 1994; COLLIÈRE, 2003). O Cuidado deixa de ser uma estratégia por meio da qual as pessoas deverão ser enquadradas numa norma, social ou vital, função que o Cuidado exerceu na sociedade disciplinar, passando a operar como um componente do Dispositivo de Segurança (FOUCAULT, 2011; DORON, 2014).

Na sociedade disciplinar, os hospitais constituíram-se em espaços de hierarquia verticalizada, saturados por regulamentações e normas as mais diversas que focalizavam o indivíduo e suas condutas de forma contínua, adentrando sua interioridade e integralidade (FOUCAULT, 2011; DORON, 2014).

Segundo as recomendações das CNSM, o Cuidado deverá continuar ocupando-se da integralidade do sujeito, devendo alcançar todas as dimensões da vida humana, capturando-a em sua totalidade. Deverá ainda se organizar em redes ampliadas, formadas por componentes institucionais como os CAPS e as unidades básicas de saúde, dentre outros, abrangendo também outras instâncias comunitárias situadas no território, dentre as quais, a família, as redes locais, representadas pela associação de moradores, pela Igreja e, mais ainda, componentes intersetoriais como a escola, os serviços de assistência social, dentre outros.

Na sociedade de segurança, mediante o Cuidado, os agentes do campo da Saúde Mental poderão se lançar sobre todo o território de circulação da pessoa em sofrimento psíquico, numa nova relação de horizontalidade e transversalidade, em detrimento da verticalidade que o caracterizou na sociedade disciplinar. Doron (2014, p. 8) nos diz de um **território aberto**¹²² que proporciona a livre circulação dos sujeitos, antecipando e reduzindo ao máximo os Riscos implicados nessa circulação, a fim de maximizar a relação entre liberdade e segurança.

O Cuidado poderá, então, contribuir para as novas funções da Psiquiatria, de gerenciamento dos fluxos populacionais, de alternância entre etapas de Cuidado em regime hospitalar e regime comunitário, comprometendo-se com práticas preventivas e intersetoriais,

¹²¹ Grifo nosso

¹²² Grifo do autor

negociando-se as fronteiras entre os “isolados disciplinares” (DORON, 2014, p. 10).

Para Castel (1987, p. 125), “a prevenção moderna é, antes de tudo, rastreadora de riscos”. Os Riscos, no contexto da sociedade de segurança, não são consequências de um perigo real, mas da delimitação de fatores de risco que apontem a possibilidade do surgimento de comportamentos indesejáveis. Nesse sentido,

prevenir é [...] vigiar, [...] se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis (doenças, anomalias, comportamentos desviantes, [...] etc.) no seio de populações estatísticas, [...] portadoras de riscos (CASTEL, 1987, p.125-126).

Essa caracterização das práticas preventivas, no contexto da sociedade de segurança, permite-nos compreender as recomendações das CNSM: de que as estratégias e práticas inscritas nas redes de Cuidado deverão ser prioritariamente planejadas segundo critérios e indicadores obtidos mediante estudos epidemiológicos, possibilitando a racionalização de custos e investimentos no campo da Saúde Mental.

Primeiro, o fato de que as estratégias e práticas de Cuidado Comunitário sejam concebidas como tecnologias leves e, portanto, impliquem menores custos e uma melhor relação custo/benefício, comparando-se aos custos da assistência hospitalar, torna os Cuidados Comunitários de Saúde Mental facilmente ajustáveis aos objetivos econômicos no âmbito da gestão da Saúde no contexto das sociedades neoliberais.

Some-se a isso a dificuldade em traduzir as ações de Cuidado em indicadores de custos, aspecto amplamente discutido por Collière (1999; 2003). De acordo com a autora, marcadamente a partir das décadas de 1950 e 1960, os Cuidados em Saúde progrediram para uma hipertecnidade que implicou a necessidade de mão de obra especializada e recursos técnicos de elevado custo. Os custos dos Cuidados passaram a ser calculados com base no tempo, na complexidade e nos insumos necessários ao ato técnico, o que lhe conferiu valor comercial (COLLIÈRE, 1999).

Por outro lado, os Cuidados comunitários são caracterizados por sua hipotecnidade, sendo de difícil precisão, delimitação, quantificação, tendendo a um valor econômico flutuante, o que pode comprometer seu reconhecimento social e econômico e a concreta

destinação de recursos públicos para sua implementação. Assim, compensam-se, por meio dos Cuidados comunitários, os altos custos dos Cuidados técnicos hospitalares (COLLIÈRE, 1999).

De fato, os relatórios das CNSM trazem a recomendação de que os custos com os investimentos na assistência psiquiátrica hospitalar sejam efetivamente realocados na implantação dos serviços substitutivos, destacando-se várias regiões brasileiras com verdadeiros vazios assistenciais diante da grande dificuldade na implantação da rede de Cuidados psicossociais.

Revela-se nesse debate outra característica do Dispositivo de Segurança, discutida por Doron (2014, p. 11): “a maximização da relação custo-eficácia” por meio da “inscrição das intervenções num cálculo econômico”. Na normalização disciplinar, uma norma, elaborada a partir de determinados saberes, delimita *a priori* o critério do que é normal/anormal, do que é aceitável/não aceitável. Na normalização da segurança, é preciso que se estabeleça um cálculo de frequência, que se fixe um limiar o qual, quando transposto, determinará se o fenômeno é significativo e se exige uma intervenção do Estado. A relação entre o anormal e o normal é de continuidade e contiguidade. Essa nova lógica implica a delimitação de um critério de eficácia aos serviços oferecidos pelo Estado (FOUCAULT, 2008a; DORON, 2014).

É possível, na sociedade de segurança, aceitar como normal certa frequência de ocorrências dos fenômenos no nível da população. As singularidades dos sujeitos são reduzidas a médias, a um conjunto de dados epidemiológicos, o que significa que o indivíduo será pensado a partir da população. Assim, a epidemiologia e a estatística são saberes fundamentais (CASTEL, 1987; FOUCAULT, 2008a; DORON, 2014).

Em síntese, no contexto da sociedade de segurança, o conceito de Cuidado tende a operar como um conceito fluido, flexível, que assume determinadas configurações conforme precise se aproximar ou se distanciar, ou mesmo reconciliar, vertentes políticas e teóricas a princípio antagônicas. Doron (2011) considera mesmo o Cuidado como um conceito turvo que, sendo mal definido, poderá ser mal compreendido.

O Cuidado enquanto prática social não é neutro, de forma que “atrai ideologias”, fazendo-se necessário ser consciente da ideologia subjacente a esta ou aquela orientação dos Cuidados (COLLIÈRE, 1999, p. 323).

Prosseguiremos, no próximo capítulo, refletindo sobre as configurações de poder saber em torno do Cuidado, partindo de experiências e reflexões cotidianas de usuários e profissionais de um

Centro de Atenção Psicossocial, a fim de esclarecer se, para além da conformação de um dispositivo inserido no *modus operandi* da sociedade de segurança, o Cuidado poderá se inscrever nas estratégias de resistência à medicalização no campo da Saúde Mental.

4. O DISPOSITIVO DE SEGURANÇA E O CUIDADO: TECENDO REDES DE PODER-SABER

Neste capítulo nosso objetivo será refletir sobre as configurações que o Cuidado apresenta no campo da Saúde Mental no contexto local de um município do Nordeste do Brasil, tomando como ponto de partida a imersão no campo de pesquisa representado por um Centro de Atenção Psicossocial. Analisaremos diversos aspectos relevantes presentes nas relações entre os usuários e profissionais de um CAPS, focalizando a escuta¹²³, a observação e a percepção de como o Cuidado é vivenciado entre esses atores sociais. Analisaremos também algumas repercussões do CAPS sobre seu território de abrangência.

O CAPS II, onde essa pesquisa se desenvolveu, teve suas atividades iniciadas em abril de 2013. A equipe técnica é composta por uma médica psiquiatra, uma enfermeira (a quem compete a coordenação do serviço), uma psicóloga, uma assistente social, uma pedagoga e dois técnicos em enfermagem.

A rede de Cuidados psicossociais nesse município encontra-se em processo de estruturação. Está composta pelo CAPS II, que estabelece relações de referência e contrarreferência com as equipes de saúde do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal Dr. Lídio Paraíba (HLP) e do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência e Emergência (SAMU), que dispõe em Pesqueira de uma unidade básica. Compõe também essa rede de Cuidados um ambulatório de especialidades, que oferece consultas de psiquiatria e psicologia, além das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Quanto às redes locais de Cuidados a Saúde Mental, consideramos que também estão em processo de construção e consolidação¹²⁴, uma vez que, só a partir de 2013, os cidadãos e cidadãs desse município passaram a contar com um serviço substitutivo à

¹²³ Os relatos das profissionais do CAPS entrevistadas serão identificados por E1 e E2. As usuárias do CAPS mencionadas no texto serão identificadas pelos pseudônimos Jasmim e Violeta.

¹²⁴ O mapeamento dessas redes de Cuidados no município de Pesqueira – PE, é objeto de uma pesquisa cadastrada na Pró-Reitoria de Pesquisa do IFPE, em julho de 2014, como desdobramento desta tese de doutorado, com o título “Redes de Cuidado em Saúde Mental: o processo de construção da rede de atenção psicossocial no Município de Pesqueira – PE”.

internação hospitalar. É preciso considerar que, ao longo dos anos nos quais os usuários portadores de transtornos mentais severos foram atendidos por unidades hospitalares psiquiátricas, o Cuidado e o tratamento desses indivíduos foi sempre outorgado às equipes de saúde dessas instituições.

Essas instituições psiquiátricas situavam-se em municípios distantes até 215 km de Pesqueira¹²⁵, de modo que o encaminhamento de um usuário a um desses hospitais significava sua desterritorialização e o consequente rompimento de suas relações familiares e comunitárias. Por outro lado, as famílias e a comunidade, assim como as próprias equipes das unidades de saúde municipais, durante a hospitalização, com duração média de 30 a 45 dias, podendo-se estender por períodos mais longos, ficavam destituídas das responsabilidades sobre o Cuidado a esse indivíduo.

A maioria dos usuários que se encontrava vinculada ao CAPS no período da pesquisa já vivenciou internações psiquiátricas em hospitais especializados, anteriores a sua admissão nesse serviço, estando há menos de dois anos em acompanhamento terapêutico no CAPS. A implantação do primeiro CAPS no município de Pesqueira-PE proporcionou a ampliação das ações de atenção à Saúde Mental pela gestão de saúde municipal.

Embora tenha havido uma redução significativa no número de internações em hospitais psiquiátricos com características asilares, o CAPS e o serviço de urgência e emergência do HLP ainda estabelecem relações de referência e contrarreferência com os hospitais psiquiátricos Ulisses Pernambucano e da Providência.

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica apresenta-se plural e descontínuo considerando-se as peculiaridades das redes loco regionais de saúde. Embora os documentos normativos da Política Nacional de Saúde Mental sirvam de norteadores para o delineamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as singularidades das diferentes regiões brasileiras resultam em desenhos diversificados. A possibilidade de que o hospital psiquiátrico continue a compor a RAPS em alguns desses contextos, mesmos diante dos relevantes avanços no processo de desospitalização e desinstitucionalização em curso no Brasil, encontra-se prevista na portaria MS nº 3088/2011 (BRASIL, 2011). Essa portaria estabelece, em seu Art. 11, parágrafo 2º, que

¹²⁵ Como é o caso das unidades psiquiátricas localizadas em Recife (a 215 km de Pesqueira); Serra Talhada (a 202 km); Garanhuns (a 93 km) e Caruaru (a 85 km).

o hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011) .

A implantação do CAPS em Pesqueira representou um avanço nessa direção, embora ainda haja a necessidade de estabelecer outras possibilidades de abordagem e acolhimento aos usuários em crise. Ressaltamos que a portaria MS nº 336/2002 estabeleceu que os CAPS, sob a coordenação do gestor local, deverão responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de Cuidados em Saúde Mental no âmbito de seu território.

Nessa perspectiva, consideramos que a RAPS, assim como a rede de Cuidados em Saúde Mental, encontra-se em processo de construção nesse município. O estabelecimento dessas relações deverá ser processual, visto que, por muito tempo, o Cuidado às pessoas em sofrimento psíquico foi outorgado aos serviços especializados, tendo como locus principal os hospitais e ambulatorios psiquiátricos, conforme mencionamos anteriormente (BRASIL, 2002).

Compreendemos, conforme discute Schneider (2009), que as noções de “rede de atenção psicossocial” e de “rede de Cuidados” são complementares, embora não sejam sinônimas.

O Cuidado em Saúde Mental no âmbito da rede de atenção psicossocial loco regional deve ser vivenciado mediante configurações em rede. Pressupõe que se estabeleçam ‘redes de Cuidado’ que ampliem as possibilidades de acolhimento do usuário e de seus familiares, potencializando o exercício da cidadania e da inclusão social. Tais redes devem ser compostas por entes institucionais (representados pelos serviços de saúde), ressaltando-se a importância da requalificação das equipes multiprofissionais de saúde para a efetividade das ações que serão empreendidas. Serão compostas, principalmente, por entes não institucionais (representados por associações e grupos comunitários, dentre outros) situados no território dos usuários, de forma a garantir a

continuidade do Cuidado para além dos muros dos serviços de saúde (SCHNEIDER, 2009).

A intersetorialidade apresenta-se como uma estratégia relevante para que tal conformação de rede seja alcançada, de forma a ampliar o alcance das redes de Cuidado, mediante parcerias com a área de educação, justiça, assistência social, segurança, dentre outras, conforme discutimos anteriormente.

Gostaríamos de voltar à questão introduzida no capítulo 3, quando construímos uma análise histórica que nos permite uma vigilância epistêmica, no sentido de que a noção de Cuidado não seja inadvertidamente incorporada como um componente que faz funcionar o Dispositivo de Segurança.

Se nos permitirmos avançar para além dessa aplicação da noção de Cuidado, poderemos encontrar nela uma estratégia que se constitua como antagonista ao processo de medicalização da Saúde Mental e dos sofrimentos psíquicos cotidianos?

Seria o Cuidado em Saúde Mental uma prática social que permite o resgate da subjetividade humana e da potência da vida sequestrada pelas modalidades contemporâneas de biopoder (PELBART, 2011)?

Essas questões são das mais relevantes para nós, pois transcendem o nível da constatação, adentrando um terreno de possibilidades de resistências no interior do Dispositivo de Segurança, de forma que passaremos a traçar um referencial teórico que, associado a elementos do campo empírico, possam nos conduzir a uma mais ampla compreensão dessas questões.

A nossa inserção no CAPS permitiu-nos, em princípio, confirmar o quanto o Cuidado se aproxima e contribui para as demais estratégias de controle dos Riscos próprias da sociedade de segurança. Para tornar essa afirmação mais clara e objetiva, gostaríamos de mencionar os relatos que pudemos ouvir durante uma assembleia de familiares ocorrida no CAPS, com duração de cerca de duas horas. A enfermeira e a psicóloga do serviço conduziram um debate em torno das dificuldades das famílias em Cuidar de seus entes adoecidos, ouvindo, um a um, os representantes de cada família. Conforme mencionamos no capítulo anterior, a capacidade das famílias em acolher e Cuidar das pessoas em sofrimento psíquico é uma questão central nas Políticas de Saúde Mental contemporâneas, a fim de que seja garantida a continuidade dos Cuidados.

Os relatos se concentraram, principalmente, nas dificuldades desses familiares em garantirem a continuidade do uso das medicações pelos pacientes. Foram expressas dúvidas sobre a prescrição das

medicações, seus efeitos colaterais, as consequências de sua associação às bebidas alcoólicas, dentre outras.

As famílias foram sempre indagadas sobre a adesão dos usuários ao regime terapêutico medicamentoso e sobre a continuidade do tratamento, a fim de prevenir recidivas e surtos psicóticos. Os familiares expressaram seu compromisso com essa medida terapêutica, inclusive como forma de se protegerem contra possíveis surtos de agressividade dos pacientes.

Para as famílias que apresentaram maior dificuldade de compreender a importância da continuidade do tratamento medicamentoso, foi agendado um atendimento individual a fim de esclarecer todas as dúvidas remanescentes.

Nessa mesma direção, no grupo de acolhimento, coordenado pela psicóloga e pela assistente social todas as segundas-feiras pela manhã, com o objetivo central de acolher a todos(as) os usuários(as) em seu retorno ao CAPS no início de cada semana, são ouvidas as demandas afetivas, sociais, psicobiológicas que compõem suas vivências no ambiente familiar, bem como em outros ambientes sociais, durante o fim de semana (quando não dispõem do atendimento no CAPS). Durante a realização desse grupo, os relatos de cada um dos usuários fornecem diversos subsídios para que a equipe de saúde faça adequações em seus projetos terapêuticos individuais.

Algo que gostaríamos de mencionar é que todos os usuários são indagados sobre as medicações de que fazem uso: se estão dando continuidade ao tratamento; se estão sentindo algum efeito colateral ou adverso que dificulte suas atividades de vida diária, como é o caso da sonolência excessiva ocasionada por muitos psicotrópicos; e, ainda, se a família tem colaborado para que esse objetivo seja atingido. Nesse momento, muitos usuários referem sobre sua dependência dos medicamentos para dormir, de forma que, se os medicamentos acabaram, a equipe providencia para que, no menor tempo possível, esse usuário seja atendido pela médica psiquiatra que prescreverá as medicações necessárias para um mês ou até dois meses de tratamento, dependendo do caso.

Corroboramos que o tratamento medicamentoso ainda é concebido como aspecto central na atenção psicossocial, configurando-se como estratégia disciplinar de contenção física e psíquica da pessoa em sofrimento mental. O tratamento medicamentoso possibilita que o

indivíduo permaneça inserido em seu território, em sua “comunidade”¹²⁶ e conviva com sua família da forma mais tranquila possível. A medicamentação¹²⁷ permite a minimização dos riscos atribuídos aos indivíduos em surto psicótico.

Além disso, merece destaque a questão da ingestão de medicamentos psicotrópicos indutores do sono. O fato de os usuários do CAPS necessitarem de medicamentos para o tratamento de seus transtornos mentais não deveria significar que precisam de medicamentos para dormir. Embora não tenhamos realizado um estudo quantificativo que permitisse averiguar quantas pessoas fazem uso dessas medicações e quais as usadas, há quanto tempo e com que frequência, pudemos discernir, pela participação nos grupos terapêuticos, que a maioria dos usuários está condicionada a ter seu sono induzido por medicações, podendo dizer que há uma dependência medicamentosa em muitos desses casos. É preciso atentar para o processo de hipermedicamentação a que vem sendo submetidas as pessoas em sofrimento psíquico no contexto estudado.

Toda essa questão do uso contínuo da medicação e da relevância da participação da família no processo terapêutico de reabilitação psicossocial, também presente nos relatórios das CNSM, reforça o que Doron (2014) chamou de “luta contra a recidiva como prevenção do Risco”.

A trajetória de Violeta, uma usuária do CAPS, que passaremos aqui a relatar, leva-nos a refletir sobre os desafios da atuação das equipes de atenção psicossocial no território e na comunidade.

A recusa dos familiares de Violeta em garantir a continuidade de seus Cuidados foi apontada pela equipe do CAPS como o principal fator relacionado ao seu reinternamento num hospital psiquiátrico. Violeta deixara de frequentar o CAPS por falta de incentivo de sua família. A rejeição sofrida no ambiente familiar, a descontinuidade no uso das medicações psicotrópicas e a interrupção de seu acompanhamento no CAPS contribuíram para que desenvolvesse um novo surto psicótico.

Embora a psiquiatria tivesse feito a prescrição de medicações injetáveis, que poderiam conter o surto, caso Violeta fosse tratada durante três dias consecutivos, não havia quem a acompanhasse

¹²⁶ Aqui colocamos aspas na palavra “comunidade” para retomar essa questão da inserção comunitária da pessoa em sofrimento psíquico na continuidade deste capítulo.

¹²⁷ O termo “medicamentação” refere-se ao uso de produtos medicinais para tratar problemas que foram medicalizados (ROSA; WINOGRAD, 2011).

diariamente ao hospital municipal para receber essa medicação. Sua família a havia expulsado de casa e ela encontrava-se em situação de rua.

Diante dessa situação crítica, a equipe do CAPS, após tentar uma intervenção junto à família de Violeta e não obter sucesso, solicitou o apoio da equipe do Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) para a realização de uma visita domiciliar. Constataram que ela havia queimado toda a sua casa. Diante do risco em que se encontrava, foi necessário retirá-la de sua casa, que estava abarrotada de lixo. As profissionais chamaram a equipe do SAMU e a polícia militar para auxiliá-los a levar Violeta ao hospital municipal.

A equipe do HLP, uma vez que não dispõe de leitos psiquiátricos, recusou-se a receber a usuária para um internamento de três dias, a fim de que fizesse uso da medicação prescrita pela psiquiatra. Restou a opção de encaminhá-la ao hospital psiquiátrico mais próximo, situado no município de Garanhuns. Sua irmã aceitou acompanhá-la apenas para possibilitar a sua admissão nesse hospital, embora se negasse a continuar cuidando de Violeta quando de seu retorno da internação, dentro de 30 a 45 dias. Uma vez que o município não dispõe de uma residência terapêutica, as equipes do CAPS e CREAS estavam apreensivas em como seria conduzida a situação quando Violeta estivesse de alta do internamento.

A descontinuidade do Cuidado foi identificada como um aspecto central da problemática enfrentada por Violeta.

Está internada, estou com essa situação, porque ela só vai ficar 45 dias, eu tenho até que ver isso essa semana, viu? A irmã não quer e eu não sei o que fazer. Ainda estou aqui pensando em conversar com Florinda¹²⁸, para ver se Florinda coloca ela lá, até o CREAS ver o que pode fazer para ajudar, pois a gente aqui não tem nenhum tipo de verba que venha ajudar um paciente nesse caso. O CREAS tem um tipo de auxílio para o aluguel, mas, e aí, se eles vão pagar o aluguel dela através desse auxílio. Mas D. Helena é uma pessoa que eu não posso achar que resolve a situação dela, e a medicação? Quem é o

¹²⁸ O pseudônimo Florinda é atribuído a uma cidadã que dispõe de um lar de idosos filantrópico no município de Pesqueira – PE.

responsável por ela? Aí vai acontecer a mesma coisa. (E1)

A trajetória de Violeta revela-nos a luta pela domesticação da loucura por meio de mecanismos psicofarmacológicos e da contenção física. Percebemos, como se estivéssemos diante de um espelho giratório, a luta pela “gestão cega da vida consumindo a usuários, profissionais e familiares”. Como um retrato da “nossa incapacidade para oferecer um lugar social a um tipo de experiência humana que está aí e, lamentavelmente, veio para ficar”; a busca incessante de dar ao sujeito na sua existência-sofrimento uma “imagem de senso comum, de sujeito domesticado que já não mostra traços de sentidos obscenos [...]”, como afirma Martínez-Hernández (2012, p. 17).

Outra questão que permanece na pauta das reuniões grupais¹²⁹ entre terapeutas e usuários do serviço é a questão da circulação, amplamente discutida no capítulo anterior. São marcantes os relatos de que os usuários do CAPS, em sua maioria, passam grande parte do fim de semana em suas residências participando da rotina familiar, tendo como atividades de lazer assistir à televisão e ouvir música.

Alguns participam de atividades na igreja, caracterizando os grupos religiosos como os que mais acolhem as pessoas em sofrimento psíquico, como integrantes da rede de Cuidados em Saúde Mental, pelo menos no contexto local estudado. Mesmo das festas de rua, as festas juninas, por exemplo, bastante tradicionais no Nordeste brasileiro, muitas dessas pessoas não participam, a não ser de uma festa promovida pelo próprio CAPS para os usuários e seus familiares.

A forma de circulação no território legitimada pela família e pela “comunidade” é o deslocamento do “doente” para ir ao CAPS. Inclusive muitos dos usuários vão ao CAPS sozinhos, sem necessidade de serem acompanhados por suas famílias, exercitando uma autonomia, embora ainda bastante limitada, de deslocamento no território. No restante de

¹²⁹ Essa modalidade de grupo procura operar resgatando a importância terapêutica do cotidiano, o que é uma das vivências proporcionadas nas redes substitutivas que oferecem o Cuidado em Saúde Mental. Conforme ressalta Goldberg (1998 apud YASUI, 2010), trata-se de uma instância construtiva e simbólica que permite às pessoas o resgate cultural, ainda mais num contexto onde, em sua maioria, essas pessoas, suas famílias e a “comunidade” ainda estão impregnadas da cultura asilar, própria das instituições totais e cuja experiência de adoecimento proporciona um processo de aculturação (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2012).

seu tempo, permanecem em casa, como sugerem Amorim e Dimenstein (2009), em suas “prisões de fim de semana”.¹³⁰ Referem, durante as reuniões de acolhimento, que não viam a hora de acabar o fim de semana para poderem ir ao CAPS.

Na sexta feira (dizem): “Ah eu não gosto, no fim de semana a gente fica em casa, deveria ter alguma coisa que vocês ficassem com a gente no fim de semana.” Então eles querem ficar com a gente, eles gostam, eles sabem que não é uma obrigação, mas eles querem vir pro CAPS” (E2).

Conforme afirmamos no capítulo 3, a família é corresponsável pelo controle do deslocamento dos usuários do CAPS no território. Refiro-me a corresponsabilidade, pois a equipe do CAPS também demonstra essa responsabilização pelos usuários. Por exemplo, quando uma pessoa que se encontra em tratamento intensivo e, portanto, deve comparecer ao CAPS diariamente e isso não ocorre, as profissionais procuram contatar com a família dessa pessoa para saber o que motivou a ausência do usuário no serviço, ou ainda indaga outros usuários que residem próximo à pessoa faltosa se ela se encontra doente, ou teve qualquer outro impedimento em comparecer ao CAPS.

A circulação do “doente mental” não é, portanto, totalmente livre nesse território, mas negociada ou mesmo imposta. Há uma negociação velada entre família e “comunidade” sobre em quais espaços sociais essa pessoa “doente” será aceita. Dizendo de outro modo, a negociação envolve a determinação de quais Riscos a “comunidade” aceita, ou não correr quando a questão que se coloca é a circulação do “doente mental”. Um dos mecanismos dessa suposta negociação,¹³¹ que em muitos casos configura-se como coerção, é a estigmatização. Há diversos relatos dos usuários do CAPS sobre o estigma e preconceito social que sofrem, até porque a experiência da atenção psicossocial é bastante recente nesse município e, portanto, ainda desacreditada e incompreendida por muitas pessoas.

Foram igualmente marcantes os relatos sobre o processo de estigmatização social sofrido pelas famílias, desde que decidiram

¹³⁰ Grifo das autoras

¹³¹ Ver a esse respeito a tese de doutorado de Mariana Moraes Salles: “Vida cotidiana de usuários de CAPS: (in)visibilidade no território”. São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, 2011.

assumir o Cuidado, negando-se a abandonar seus familiares adoecidos. As atitudes preconceituosas, nesse contexto, são exercidas pelos próprios familiares, amigos e vizinhos dessas famílias.

Os usuários relataram que, ao circularem pela cidade ou por seu bairro, muitas vezes em seu trajeto diário ao CAPS, são chamados de “psicopatas”, “doidos” etc. Uma frase dita por um usuário retratou de forma bastante clara esse conflito relacionado à circulação do “doente mental” pelo território nesse contexto local: **“É fácil ficar perto de quem é normal”**.

Quanto a essa questão, o relato das profissionais do CAPS entrevistadas dissecou completamente qualquer dúvida remanescente quanto às atitudes de estigmatização dirigidas aos usuários do CAPS pela comunidade, esclarecendo a sua vinculação à ideia de Risco como perigo. *“Eles têm medo do paciente.” (E2)*

*(...) eles encontram dificuldade nesse ônibus que tem no município, inclusive eles já comentaram com a gente que, quando eles entram, mesmo sendo idosos, entram no ônibus e o motorista manda sair. Eles não querem porque sabem que é um paciente psiquiátrico. Aí uma vez a gente chamou um motorista de um ônibus para conversar com a gente, (...) porque ele mandou o paciente sair de dentro do ônibus. Aí ele falou que fez isso porque os outros passageiros não aceitaram a presença do paciente dentro do ônibus porque **estavam correndo risco a vida deles e do motorista**. Eles são excluídos, né? (E1).*

Durante a entrevista, levantamos a questão de que, embora a empresa de ônibus seja uma empresa privada, ela dispõe de uma concessão para prestar um serviço público, indicando que o relato acima aponta claramente a negação dos direitos de cidadania de ir e vir e de usufruir de forma equânime de serviços públicos, negados nesse contexto aos usuários(as) do CAPS.

Quando eu fui investigar, parece que essa paciente, como alguém já tinha mandado ela descer, já entrava no ônibus agitada (E2). Quando questionado sobre o ocorrido, o motorista argumentou: “se eu estiver dirigindo e esse paciente me agredir dentro do ônibus, vai

colocar em risco a vida de todos os passageiros.”
(E1)

Ante os argumentos apresentados, as profissionais sentiram-se *“de mãos atadas porque existia essa agitação e agressividade da paciente, existia realmente, aí a gente não podia fazer muita coisa.”* (E2). Aceitaram a decisão do motorista *“porque o que ele alegou é algo que pode acontecer”* (E1), declinando da decisão de procurar o Ministério Público para buscar uma solução para essa arbitrariedade.

À frente do elemento perturbante as organizações sociais erguem um muro contra quem eles acham diferente. A sociedade se autodefende com o chamado “bloqueio comunitário”. Dessa maneira, a comunidade se expropria da própria capacidade de cuidar e delega a experts a solução do assunto [...] (VENTURINI, 2010, p. 473).

O que é fundamental para nós nesse momento não é julgar as atitudes das profissionais ou mesmo do motorista, mas de fato desnaturalizar a ideia de que já superamos, em nossos serviços de Saúde Mental, a lógica da periculosidade atribuída ao portador de transtornos mentais. Estamos bem distantes disso, de forma que o vocabulário próprio do Risco como perigo faz-se presente nos discursos dos sujeitos de nossa pesquisa, perpetuando interdições, coações e exclusões. E mais: permite que a “comunidade” estabeleça suas sanções normalizadoras em função de minimizar os riscos decorrentes da circulação do “doente mental”.

Muitos usuários(as), diante dos estigmas que os acompanham insistentemente – pois muitos deles foram tratados durante muitos anos em hospitais psiquiátricos –, preferem restringir-se ao seu espaço familiar, evitando que as rejeições amplifiquem seu sofrimento, que tantas vezes já é grande e profundo. “Uma vez dentro do catálogo dos loucos, o círculo se fechou ante qualquer argumento. Em seu lugar se disporá uma prática de vida tutelada que com dificuldade poderá escapar de uma vigilância moralizadora” (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2012, p. 7).

Sua autonomia de decidir por onde gostaria de circular é limitada. Mais uma vez constatamos o Dispositivo da Segurança operando, de forma que o confinamento deixou de se dar pela internação hospitalar involuntária para se efetivar pela restrição ao espaço domiciliar pela impossibilidade de transitar com autonomia num

território que, embora aberto, possui suas autorregulações intrínsecas. Essas regulamentações aproximam-se bastante do modelo disciplinar de controle da circulação aplicado à peste, conforme discute Foucault (2008; 2010).

A esse importante processo histórico, o autor denominou de invenção das tecnologias positivas de poder, em que se passou de uma tecnologia de poder que expulsa, exclui, marginaliza e reprime e, portanto, que produz efeitos negativos, como foi o caso do modelo da lepra, para uma tecnologia de poder que age por inclusão densa e analítica dos elementos. Um poder que não age pela separação de grandes massas confusas, mas por distribuição obedecendo a critérios de individualidades diferenciais. Desde a instituição da normalização disciplinar no século XVIII, o poder funciona graças à formação de um saber, representado no Dispositivo de Segurança pelos saberes da estatística e da epidemiologia que, no contexto de nosso estudo, apresentam-se em relação transversal aos saberes-poderes da Psiquiatria clássica (FOUCAULT, 2008a; 2010).

Conforme discutimos anteriormente, o capitalismo em rede (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2000 apud PELBART, 2003) produz novos mecanismos de exploração e de exclusão, de forma que ser excluído, nesse novo contexto, é não ter o direito de estar em *redes de vida*¹³² num sentido mais amplo (PELBART, 2003).

Apenas quando a construção da rede de Cuidados comunitários locais de Saúde Mental se efetivar, buscando na contradição das relações sociais a força para se questionar, desconstruir e reconstruir valores e micropoderes implicados na constituição de nossa subjetividade; apenas quando buscarmos a força para correr riscos e investirmos na produção de redes de vida baseadas na celebração de alianças de solidariedade (YASUI, 2010) é que o Cuidado poderá transcender o “fazer viver e o deixar morrer” que o caracteriza enquanto componente do Dispositivo de Segurança, como estratégia de controle das populações.

Diante disso, concordamos com Martínez-Hernández (2012) quando analisa a trajetória de Babu, respondente de sua pesquisa etnográfica, que vivia em um residencial terapêutico para psicóticos crônicos em Barcelona e transitava entre esse residencial e um ateliê de reabilitação. O autor considera que, embora as residências terapêuticas sejam consideradas um dos níveis mais próximos da inserção ou reinserção dentro da comunidade, essa instância a que damos o nome de

¹³² Grifo do autor

‘comunidade’ continua sendo para ele um mistério que ninguém se encarregou ainda de definir.

Saraceno¹³³ (1998, p.31) amplia nossas possibilidades de compreensão dessa questão afirmando que

um psicótico [...] é uma pessoa que, num momento, devido a uma experiência de sofrimento, não tem mais a capacidade de produzir um sentido e a comunidade não suporta isso. No momento em que você cessa de ser produtor de algo, no momento em que diz: não aguento, não estou em condições de produzir nada, é rechaçado pela comunidade.

Da mesma forma, no contexto de nossa pesquisa, percebemos grande dificuldade de situar a ‘comunidade’ como participante efetiva da rede de Cuidados em Saúde Mental, pelo que inserimos essa terminologia durante toda essa seção entre aspas, no sentido de chamar a atenção para a necessidade de melhor estudá-la, pois nos parece ser uma importante lacuna nesse desenho em rede que almejamos alcançar para os Cuidados em Saúde Mental.

Gostaríamos de prosseguir, conforme propõe Doron (2014), discutindo as interfaces entre a noção de **Cuidado sem consentimento** que viria a substituir, no contexto de uma rede de Cuidados em Saúde Mental, a noção de **internação involuntária**¹³⁴.

O artigo 6º da Lei nº 10216/2001 que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo de assistência em Saúde Mental no Brasil, estabeleceu três circunstâncias nas quais uma internação psiquiátrica poderia ocorrer: I- a internação voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; II- a internação involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III- a internação compulsória, determinada pela justiça. Essa lei, em seus artigos 7º, 8º e 9º, estabeleceu uma série de limites e normatizações para garantir e salvaguardar os direitos e a autonomia da pessoa portadora de transtorno mental, caso houvesse necessidade de se recorrer às internações involuntária ou compulsória (BRASIL, 2001).

¹³³ Presidente à época da publicação do artigo citado, da residente da Word Association for Psychosocial Rehabilitation

¹³⁴ Grifo nosso

Anteriormente a essa lei, as internações psiquiátricas se davam de modo eminentemente arbitrário, resultando em constantes violações dos direitos civis dos usuários, motivadas por razões obscuras e mercadológicas, conforme amplamente descrito na literatura sobre a história da Psiquiatria no Brasil.

Assim, essa lei federal representou um forte avanço quanto à desinstitucionalização num período histórico em que o modelo psiquiátrico hegemônico era o hospitalocêntrico. No entanto, num contexto de escassez de serviços substitutivos de atenção à Saúde Mental, ser internado num hospital psiquiátrico não seria propriamente uma opção “voluntária”, se não uma falta de outras opções. Hoje, certamente, a distinção entre essas modalidades de internamento aproxima-se de seu real sentido, uma vez que as pessoas dispõem, em diversos municípios brasileiros, de um CAPS, entre outras opções de serviços de saúde preparados para acolher as demandas de Saúde Mental dos cidadãos.

Da mesma forma como se combateu e procurou-se limitar o número de internações involuntárias, o que apenas se concretizou com a efetiva redução da oferta de leitos psiquiátricos em instituições hospitalares de características asilares, é preciso nesse novo contexto de avanços e conquistas do movimento antimanicomial zelar para que o Cuidado sem consentimento não venha a ser uma nova faceta das estratégias normalizadoras da sociedade de segurança.

No contexto do CAPS estudado, as admissões são voluntárias (o que é preconizado pela política de Saúde Mental brasileira) e, mesmo que os usuários sejam estimulados a participar dos grupos terapêuticos, sua presença poderá ser flexibilizada numa perspectiva de respeito a sua subjetividade. Igualmente, os usuários possuem a possibilidade de se ausentar no meio da manhã, por exemplo, caso tenham alguma consulta médica ou outro compromisso social, dirigindo-se a algum membro da equipe de saúde para justificar a ausência.

(...) Por que que esse paciente não está vindo mais? Porque está trabalhando. Por que que esse paciente não está vindo mais? É porque estava gripado, (...). Agora tem paciente que não vem porque não quer. A gente faz uma busca, tenta novamente, não é? Mas a gente não tem como obrigar o paciente a retornar ao CAPS. Mas é difícil eles simplesmente deixarem de vir porque não querem mais vir. É difícil. Tem uns que às vezes querem se dar alta. Aí dizem: “Eu num vou

mais não”. E no outro dia volta. Mas é difícil eles deixarem de vir por livre e espontânea vontade. (E2)

Embora a admissão se dê apenas voluntariamente, sendo condição para tal que a família do usuário participe do programa terapêutico proposto, é preciso que se garanta, nos CAPS e em quaisquer outras instâncias da rede de Cuidados, que a pessoa em sofrimento psíquico exerça papel ativo nesse processo, não se permitindo que se caracterizem novas formas de tutela, agora em função de um Cuidado sem consentimento.

Em torno das relações de Cuidado reside um valor social, como também um saber-poder, de modo que, como problematizou Foucault em seus estudos sobre o poder, podem-se estabelecer relações de dominação em detrimento das relações de poder. Cabe então aqui o questionamento sobre como nos posicionamos frente a essas relações de poder. Até que ponto o saber de que somos depositários enquanto membros de uma corporação profissional dita as regras do que as pessoas devem ou podem fazer?

Se tomarmos como ponto de partida a concepção de Foucault (1999, p. 35) sobre o poder “como algo que circula [...] que só funciona em cadeia [...], que se exerce em rede, onde os indivíduos estão sempre em posição de serem submetidos ao poder e também em posição de exercê-lo [...]”, como situar as relações entre os sujeitos envolvidos no Cuidado em Saúde Mental?

Essas questões estiveram em todos os momentos presentes, norteando a minha inserção no campo de pesquisa, de forma que pude perceber que, nos cenários que compõem a rede de Cuidados em Saúde Mental, representados nessa pesquisa pelo CAPS, existem relações de poder envolvendo os profissionais e as pessoas em tratamento, suas famílias e sua comunidade.

Para Foucault (1984), não devemos ver as relações de poder como uma coisa má da qual devêssemos nos libertar. Precisamos “tentar dissolvê-las, [...] impor regras de direito, técnicas de gestão e também a moral, o êthos, a prática de si, que permitirão, nesses jogos de poder, jogar com o mínimo possível de dominação” (FOUCAULT, 1984, p. 284). O problema seria, então, saber como evitar que, nessas práticas, nas quais o poder não pode deixar de ser exercido, perpetuem-se os efeitos de dominação que farão a pessoa em sofrimento psíquico continuar tutelada de forma autoritária, arbitrária e inútil ao profissional de saúde.

Para que as relações de poder se sobreponham à possibilidade de, num outro extremo, serem convertidas em relações de dominação (o que pode ter uma linha divisória muito tênue), deve haver uma relação de equidade entre os sujeitos, na qual o exercício da autonomia e da liberdade coloque-os em posição de exercer algum poder como entes da relação.

No desenvolvimento de relações de Cuidado em Saúde Mental, nenhum campo de competência deve ser isolado em si próprio. Ao contrário, os campos de competência dos profissionais da saúde devem situar-se em íntima inter-relação e, ainda, com o campo de competências dos usuários dos serviços de saúde no processo de Cuidado. Os usuários apenas delegarão o Cuidado de si aos profissionais de saúde em determinadas circunstâncias, dentre as quais podemos exemplificar o agravamento de uma doença (COLLIÈRE, 1999).

Será o usuário quem confiará ao profissional da saúde o poder de participar de seus Cuidados. No entanto, mesmo quando é necessário delegar o Cuidado de si a outrem, haverá complementaridades entre os campos de competência, de forma que o usuário assim como sua família deverão assumir o papel de participantes diretos no Cuidado (COLLIÈRE, 1999).

Partindo dessa problematização e confrontando-nos com as relações de Cuidado entre os atores sociais no CAPS estudado, pudemos observar que tanto os usuários entre si como as profissionais de saúde na sua relação com os usuários exercem ativamente o Cuidado. Foram muitas as evidências – gestos como apertos de mãos, mãos entrelaçadas, troca de afetos, negociações, aconselhamentos, palavras de apoio em solidariedade ao sofrimento expresso pelo outro – que nos indicaram que tanto os usuários como as profissionais de saúde exercem a função de coterapeutas no Cuidado em Saúde Mental.

Essa é uma das importantes características do modo de atenção psicossocial que se opõe à passividade que caracterizou a postura dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos. O Cuidado no contexto da sociedade disciplinar impunha aos pacientes uma coerção à passividade pela desqualificação do sujeito implícita na doença, uma vez que o corpo sofredor era o principal alvo, de modo que as pessoas doentes se tornavam dependentes e muito pouco motivadas ao autocuidado (COLLIÈRE, 1999).

Diante dos vários relatos ouvidos durante a convivência com os usuários do CAPS, os mesmos demonstraram sua apropriação sobre a noção de Cuidado numa perspectiva de empoderamento, quando comparavam as experiências da hospitalização com as novas

experiências no CAPS: “o CAPS possibilita cuidarmos uns dos outros”; “cuido da casa, dos filhos, do marido, cuido de tudo e até de mim”; “agora não me afasto da minha filha – eu cuido dela e ela cuida de mim”.¹³⁵ Essas mulheres¹³⁶ utilizam a noção de Cuidado para estabelecer uma distinção clara entre o modelo hospitalocêntrico e o modo psicossocial em Saúde Mental.

No modelo hospitalocêntrico, essas pessoas sentiam-se excluídas do seu atributo de Cuidar. Sua vida desqualificada politicamente, a sua condição de vida nua, na qual a sua pluralidade foi reduzida ao seu corpo biológico e submetida às verdades ditadas pelo saber-poder da Psiquiatria, numa estrutura hierárquica disciplinar, destituiu-as de suas possibilidades de Cuidar. Podemos, então, atribuir ao exercício do Cuidado, no contexto estudado, uma condição de possibilidade de recuperar a dimensão política da vida humana, de exercer um poder, mediante um saber que não necessariamente é exclusivo dos profissionais de saúde, enquanto depositários dos saberes científicos. Para Collière (1999), a acumulação de saberes sobre o Cuidado confere um poder crescente sobre a vida das pessoas.

O Cuidado permite-os colocar-se em posição ativa nas relações, recebendo, mas também oferecendo o Cuidado, criando a condição de equidade para o exercício do poder em rede. Cuidando eu aprendo “com o outro, que eu o construo tanto quanto ele me constrói, numa reciprocidade de desenvolvimento de capacidades de vida” (COLLIÈRE, 2003, p. 28-29).

Outrossim, não podemos deixar de mencionar que os relatos das usuárias remetem às práticas de Cuidado em nível doméstico realizadas pelas mães, servas e escravas de leite, babás e governantas, associado à maternidade, à nutrição e à educação das crianças. Essas práticas compreendem também o cuidado aos doentes e idosos da família. Nesse sentido, as práticas de Cuidado se desenvolveram no âmbito privado, fortemente associadas aos papéis do gênero feminino, justificadas falsamente pela crença de que as mulheres seriam “dotadas de qualidades naturais para seu desempenho”. São, portanto, práticas de menor valor social (WALDOL, 2006, p.76).

Sobre essa questão é importante analisar também as relações de poder que se estabelecem entre os sujeitos que compõem a equipe

¹³⁵ É importante ressaltar que esses relatos foram completamente espontâneos, não estando vinculados a um procedimento de entrevista.

¹³⁶ Utilizo o termo mulheres pois esses relatos são oriundos de fragmentos de discurso de usuárias do CAPS.

multiprofissional de saúde, conforme recomendado nos relatórios das CNSM. O que está em pauta é a forma como os processos de trabalho se estruturaram no campo da Psiquiatria, de forma que o saber médico foi hegemonicamente estruturante para o trabalho dos demais membros da equipe de saúde (TAVARES, 2005).

Vasconcellos (2010, p.10) incentiva-nos a “reconhecer as diferenças de poder e status entre as disciplinas” como “o primeiro passo para manejar as assimetrias de modo a favorecer o Cuidado ao usuário” [dos serviços de Saúde Mental].

O fato de o modo psicossocial pressupor, dentre outras coisas, um organograma institucional horizontal, de forma que seja superada a lógica presente no modo asilar, onde o fluxo dos poderes decisório e de coordenação se dava verticalmente, não significa que se menospreze a importância específica que cada área disciplinar deve continuar tendo para a consolidação do campo da Saúde Mental, enfatizando-se inclusive a necessidade de pesquisas nos respectivos campos (COSTA-ROSA, 2000). Nesse novo cenário, os saberes da Psiquiatria assumirão sua importância na medida em que forem capazes de se colocar em diálogo com os demais campos disciplinares.

Será, portanto, na construção do projeto terapêutico individual que será feita a síntese e articulação das competências genéricas, ou seja, aquelas que qualquer profissional possuirá enquanto agente no processo de Cuidado no campo da saúde, e as específicas, aquelas pertencentes ao seu núcleo profissional (BARROS, 2010; MERHY; AMARAL, 2007).

No CAPS que nos acolheu para nossa pesquisa, pudemos tecer diversas considerações sobre essa problemática. Durante o ano de 2013 (ano de sua implantação), a profissional psiquiatra que já atuava no ambulatório municipal de Psiquiatria há vários anos comprometeu-se em fazer o acompanhamento mensal de 10 usuários, na forma de consultas pré-agendadas, no consultório situado no ambulatório de especialidades¹³⁷. Não aceitou inicialmente fazer esses atendimentos no espaço físico do CAPS. Ressalte-se que a gestão municipal e a própria equipe do CAPS estabeleceram diversos contatos no sentido de identificar um profissional psiquiatra que pudesse ser contratado especificamente para atuar no CAPS, não obtendo êxito em sua iniciativa, tendo em vista a escassez de psiquiatras em Pernambuco.

¹³⁷ Número de atendimentos que era insuficiente para o número de usuários que frequentava o CAPS, resultando que a equipe de saúde mental do CAPS selecionava os casos mais graves e urgentes para serem atendidos a cada mês.

No ano de 2014, o CAPS foi transferido para outro endereço, pois a primeira casa onde esteve sediado não oferecia as condições físicas adequadas e necessárias ao bom desenvolvimento das atividades terapêuticas, além de situar-se num bairro distante dos locais de residência da maioria dos usuários que frequentava o serviço. Diante dos resultados positivos obtidos pela equipe multiprofissional no primeiro ano de funcionamento do serviço e uma vez que estava localizado num endereço central, com estrutura física bastante melhorada, a psiquiatra aceitou fazer os atendimentos no consultório do próprio CAPS sem, no entanto, integrar-se às atividades terapêuticas em grupo.

Percebemos, a partir desse exemplo, quanto essa problemática da horizontalidade nas relações entre os membros da equipe multiprofissional de saúde no modelo de atenção psicossocial é desafiadora. Em nosso contexto, foi a profissional psiquiatra quem demonstrou maior dificuldade em estabelecer uma relação de diálogo com os demais profissionais e com os usuários do CAPS, de modo a não conseguir ultrapassar as barreiras estabelecidas pela hegemonia médica.

Presenciamos diversas dificuldades da equipe de saúde do CAPS, principalmente relacionadas ao manejo dos efeitos colaterais das medicações psicotrópicas que, quando não devidamente corrigidos e minimizados, implicam dificuldades na realização das atividades de vida diária pelo usuário, como também potencialização de seu sofrimento a partir das reações somáticas indesejáveis que as medicações proporcionam.

Na nossa percepção, nem tudo foi negativo nessa experiência, uma vez que as relações de Cuidado estabeleceram-se independentemente da presença do médico psiquiatra. Contudo, não estamos negando a importância do médico para a oferta de um Cuidado de qualidade aos usuários dos serviços de Saúde Mental.

Da mesma forma, os relatos da equipe do CAPS são enfáticos em afirmar quanto sentiram a ausência da profissional Psiquiatra, marcadamente pela centralidade do manejo medicamentoso das psicoses, cuja prescrição é uma atribuição privativa do médico.

“Não existe CAPS sem psiquiatra. Era impossível isso acontecer.” (E2)

Desde a primeira semana de observação participante, sentimos que o processo de Cuidado entre os atores daquele CAPS apresentava-se ‘vivo’, ‘transparente’, em trajetória sempre ascendente, mesmo diante das dificuldades enfrentadas, quando se propuseram a iniciar uma experiência completamente nova para todos os atores sociais.

Durante uma dinâmica grupal realizada no período pré-natalino de 2013, obtivemos relatos extremamente positivos por parte dos usuários, ressaltando como se sentiam acolhidos, atendidos em suas necessidades, como conseguiram estabelecer vínculos afetivos, de forma que as pessoas com quem conviviam nos CAPS passaram a ser como uma família para eles.

Percebemos naquele contexto o Cuidado assumindo a posição simbólica do que ajuda a viver, “aprendendo a conciliar as forças diversificadas, aparentemente opostas, mas de fato complementares”. Os Cuidados eram fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação, de forma que resultavam no alívio do sofrimento (COLLIÈRE, 1999, p. 49).

Partiremos dessa perspectiva sobre o Cuidado¹³⁸ para analisar a possibilidade de que haja no Cuidado em Saúde Mental, uma potência capaz de lançar os sujeitos sociais a inscrever resistências, desviando-se das estratégias do Dispositivo de Segurança. Iniciaremos, então, por revisitar as ideias de Michel Foucault sobre os dispositivos.

Agamben (2009) retoma uma definição de Dispositivo dada por Foucault numa entrevista no ano de 1977, na qual o definiu como uma rede que se estabelece em torno de um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, dentre outros. Dizendo de uma maneira simplificada, uma rede que abrange um conjunto heterogêneo de elementos linguísticos e não linguísticos, resultando do cruzamento entre relações de poder e relações de saber.

No percurso que Agamben (2009) faz para descrever a genealogia do termo “Dispositivo” na obra de Michel Foucault, o autor identifica que esse termo estaria diretamente relacionado ao termo ‘positividade’ utilizado por Hyppolite, que fora seu professor e a quem Foucault denomina de “meu mestre”¹³⁹, expressando assim uma forte influência sobre sua obra. Foucault chega a utilizar o termo ‘positividade’ em sua obra ‘Arqueologia do saber’, termo que se tornaria mais tarde “Dispositivo”.

¹³⁸ Não estamos nos referindo à perspectiva humanista que marcou as interpretações sobre o Cuidado a partir de sua apropriação pelas ordens religiosas que se encarregaram pelos Cuidados aos enfermos, desde os primeiros séculos da era cristã (CAPONI, 2000). Estamos, sim, nos referindo à dimensão política subjacente ao Cuidado.

¹³⁹ Grifo do autor

Oriundo da tradição hegeliana, em *A positividade da religião Cristã*, o termo positividade foi usado por Hegel para estabelecer uma oposição entre “religião natural” e “religião positiva”.¹⁴⁰ Para o autor, quando se referia à religião natural, estava evocando a intrínseca relação da razão humana com o divino. A religião positiva ou histórica compreende, por sua vez, um conjunto de crenças, regras e ritos impostos aos indivíduos numa sociedade em um momento histórico específico, por meio de mecanismos coercitivos, implicando uma relação de comando e obediência (AGAMBEN, 2009).

Hyppolite admite que a oposição entre natureza e positividade corresponde à dialética entre liberdade e coerção, da mesma forma como entre a razão e a história (AGAMBEN, 2009). Foucault (apud AGAMBEN, 2009) utilizará o termo “Dispositivo”, que se tornará central no seu pensamento, para analisar

a relação entre os indivíduos como seres vivos e o elemento histórico, entendendo com este termo o conjunto das instituições, dos processos de subjetivação e das regras em que se concretizam as relações de poder (AGAMBEN, 2009, p. 31-32).

Na tradição teológica, o termo latino *Dispositio* deriva-se da esfera semântica da *oikonomia*, de forma que o termo “Dispositivo” em Michel Foucault adquiriu “uma riqueza de significados ainda mais decisiva”. Por *oikonomia* entende-se um conjunto de práxis, saberes, medidas, instituições, cujo objetivo seria gerir, governar, controlar e orientar os gestos e pensamentos dos homens, o que Foucault chamou de ‘o governo dos homens’ (AGAMBEN, 2009, p. 38-39).

Retomamos, a partir desse ponto, nossa análise sobre o Cuidado inserido no Dispositivo de Segurança, iniciada no capítulo 3.

A sociedade da segurança opera como um dispositivo de controle das populações, inserido nas estratégias do biopoder, podendo ser compreendida como “pura atividade de governo sem nenhum fundamento no ser”, implicando um processo de subjetivação e produção de sujeitos (AGAMBEN, 2009, p. 38). Foucault nos mostrou, explica Agamben,

¹⁴⁰ Grifo do autor

que numa sociedade disciplinar, os dispositivos visam, através de uma série de práticas e discursos, de saberes e de exercícios, à criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem a sua identidade e a sua liberdade de sujeitos no próprio processo de seu assujeitamento (AGAMBEN, 2009, p. 46).

Se partirmos da definição de “Dispositivo” em Michel Foucault, compreenderemos que o Cuidado encontra-se inserido na rede de elementos que compõem o Dispositivo de Segurança, complementando-o, fazendo-o funcionar, representando um mecanismo que contribui em grande medida para o governo dos homens. Na esfera do Cuidado, podemos situar a liberdade de que o sujeito dispõe para se autogovernar, para circular, mesmo diante das limitações impostas pelas estimativas de risco. Podemos também dizer que o biopoder tem estreita relação com o Cuidado, quando este se investe da sobrevida do corpo biológico e do corpo espécie.

Essa problematização está em consonância com a definição que Agamben dá sobre os dispositivos: “qualquer coisa que tenha a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos”, mesmo que sua conexão com o poder não seja de algum modo evidente. Para o autor, da relação entre os seres vivos e os dispositivos forma-se o sujeito, que pode passar por diferentes processos de subjetivação (AGAMBEN, 2009, p. 41).

Agamben amplia essa perspectiva e assinala que os dispositivos com os quais temos que lidar na atual fase do capitalismo não agem pela produção de um sujeito, mas, principalmente, por processos de subjetivação e dessubjetivação que “não dão lugar à recomposição de um novo sujeito, a não ser de forma larvar [...]”, de modo que, na não verdade do sujeito, não poderemos mais encontrar a sua verdade (AGAMBEN, 2009, p. 47).

Ao mesmo tempo, o autor considera que “na raiz de todo dispositivo está [...] um desejo demasiadamente humano de felicidade, e a captura e a subjetivação deste desejo, numa esfera separada, constituem a potência específica do dispositivo” [e por que nos deixaríamos ser por eles capturados?] (AGAMBEN, 2009, p. 44).

É exatamente aí que encontramos uma perfeita orientação para a compreensão do porquê o Risco e o Cuidado, enquanto conceitos a princípio antagônicos, operam como componentes do mesmo

Dispositivo de Segurança. Há uma forte positividade no Cuidado que confere ao dispositivo uma elevada potência de captura do desejo. Não é por outro motivo se não esse que vemos o Cuidado como conceito central de muitas discursividades que visam promover determinados programas e políticas de saúde. Na sua fluidez e flexibilidade, esse conceito encontrou um terreno favorável para se enraizar e tornou-se uma das molas mestras das políticas de Saúde Mental, fazendo o Dispositivo de Segurança não apenas funcionar, mas ganhar alguma legitimidade. Afinal todos nós almejamos o prazer e a felicidade que o Cuidado produz.

Outrossim, não poderia deixar de defender outra possibilidade subjacente que a todo momento se mostra como uma contraface dessa moeda: trata-se da possibilidade de o Cuidado, com toda a sua positividade, se tornar uma estratégia em nosso “corpo a corpo” com os dispositivos, usando uma expressão agambiana, para tentar “liberar o que foi capturado e separado por meio dos dispositivos e restituí-lo a um possível uso comum” (AGAMBEN, 2009, p. 44).

De algum modo, na trajetória da construção de práticas de Cuidado em nossa sociedade contemporânea, aflora a possibilidade de que o Cuidado se transforme num contradispositivo que restitua ao uso comum aquilo que havia sido separado e dividido. A isso Agamben denominou “profanação”. É possível que haja um grande potencial de profanação no Cuidado, desde que se faça dele um uso novo, de resgate da potência da vida, potência de ser e de não ser (AGAMBEN, 2009), em direção à desconstrução das estratégias de medicalização da saúde.

Podemos ilustrar a potência desmedicalizante do Cuidado, construindo sua defesa por meio da história de Jasmim¹⁴¹, uma pessoa que teve sua primeira internação psiquiátrica aos 8 anos de idade devido a um quadro psicótico agudo, vivenciando sucessivas internações em unidades hospitalares psiquiátricas até seus 20 anos. No Hospital Municipal Dr. Lídio Paraíba, todos os profissionais conheciam Jasmim devido ao seu longo histórico de surtos psicóticos. Durante os surtos, tornava-se violenta, tendo causado lesões tanto a seus familiares como a si própria em diversas ocasiões. Quando ela retornava para sua casa, numa média de dois dias após a alta, seu pai estava de volta ao hospital municipal solicitando um novo internamento devido à persistência de

¹⁴¹ O relato da história de Jasmim foi obtido através das entrevistas concedidas pelas profissionais do CAPS, da observação participante e consulta a seu prontuário. O pseudônimo Jasmim foi adotado para preservar a privacidade da usuária do CAPS.

seu quadro psicótico e aos comportamentos relacionados ao hospitalismo.

Como ela quebrou todos os objetos de sua residência, sua família não possuía televisão, bem como outros objetos de uso comum para a maioria das famílias. Cozinhavam trancados dentro de um quarto, pois Jasmim tinha com frequência impulsos suicidas, motivados pelas vozes que ouvia ordenarem que se queimasse e se matasse. Uma vez quase colocou fogo na casa. Pode-se perceber que as cerca de 50 internações de Jasmim não a ajudaram a superar seu sofrimento psíquico.

Ao tomar conhecimento da abertura do CAPS em Pesqueira, a equipe do serviço social do Hospital Ulisses Pernambucano (HUP) passou a contatar com a equipe do CAPS para que pudessem encaminhar Jasmim a fim de continuar seu acompanhamento terapêutico num serviço comunitário. Essa possibilidade surgiu por conta de o pai de Jasmim haver procurado conversar com os psiquiatras do HUP, ocasião em que relatou detalhadamente toda a história de vida da filha, solicitando que procurassem testar alguma medicação diferente, que pudesse contribuir para a melhora dela. Assim foi feito, de forma que uma das medicações, testada por cerca de 3 meses, durante o último internamento de Jasmim, apresentou efeitos terapêuticos bastante satisfatórios.

Quando a equipe do HUP contatou com a equipe do CAPS, Jasmim estava já há cerca de 20 dias sem surto e não havia ninguém que fosse buscá-la. A equipe do serviço social do HUP levou Jasmim a Pesqueira, fornecendo à equipe do CAPS e à família toda a orientação sobre o manejo clínico da usuária, mesmo enfrentando o inicial descrédito de seus familiares. O desejo de Jasmim nesse momento era voltar para casa.

O pai dela está ajudando muito e apoiando muito a gente (...). Então, assim, a gente fica até com medo que essas clínicas fechem e (Jasmim) tenha aquele surto que o CAPS não vá resolver. No hospital (municipal) eles medicam e botam para casa, não ficam com o paciente. Mas a gente acredita hoje no CAPS, né? Porque está Jasmim aí de prova. [...] (E1).

Jasmim não apresentou resistências em relação ao CAPS. Inicialmente, foi inserida no regime intensivo, permanecendo das 8 às 17 horas. Seus pais vinham trazê-la e buscá-la diariamente.

(...) e a gente imaginava que Jasmim nunca fosse ficar no CAPS. (...) Ela ficava de oito às cinco horas tranquila, sem dar trabalho. (E2)

Após cerca de 4 meses em acompanhamento intensivo no CAPS, Jasmim começou a reconstruir sua vida, a olhar-se ao espelho, solicitando um novo corte de cabelo. Observou, incomodada, as cicatrizes das lesões autoinflingidas ou resultantes de acidentes sofridos durante seus inúmeros internamentos. Revelou o sonho de constituir sua própria família.

*(...) pediu pra ficar um pouquinho em casa para participar e a gente notou que isso é bom porque a família precisa da volta de Jasmim para casa. Quer dizer, Jasmim voltou para Pesqueira, mas só está em casa à noite e fim de semana, né? Ai agora não, Jasmim está em casa, o pai dela tem um sítio, ela vai pro sítio, ela gosta de ir. “Jasmim, tu faz o que lá? “Eu faço nada, eu só como e fico dormindo na rede”. Que coisa boa, né, mulher? “Mas eu gosto” (risos). Mas ela gosta. Quer dizer, não é simplesmente comer e dormir em casa. Ela está em um ambiente diferente, as conversas são diferentes, o fluxo do dia é diferente, então ela gosta e a gente não tem como tirar totalmente. **Se a gente viu que ela estava estabilizada com a medicação**, está uma nova pessoa, então deixa ela ficar em casa um pouquinho também. (E2)*

A breve narrativa da história de Jasmim é rica em argumentos que nos indicam a potência de resgate da subjetividade que há no Cuidado. Embora a profissional entrevistada atribua a melhora de Jasmim ao efeito estabilizador da medicação, nós a atribuímos também ao efeito profanador do Cuidado. Enfatizamos que esse caso específico nos assegura que não houve Cuidado sem consentimento.

Diante da trajetória analítica aqui desenhada, nossas respostas às perguntas formuladas no início desse capítulo poderão ser positivas ou negativas, a depender do contexto em que o Cuidado estiver inserido.

Podemos afirmar que o Cuidado poderá se configurar como uma estratégia antagônica ao processo de medicalização da Saúde Mental e dos sofrimentos psíquicos cotidianos, desde que se constitua enquanto

uma prática social que permita o resgate da subjetividade humana e da potência da vida sequestrada pelas modalidades contemporâneas de biopoder (PELBART, 2011).

Ao mesmo tempo, estamos em constante “risco” de que o Cuidado (que outrora tinha sua expressão na esfera privada da vida humana, ascendendo à esfera pública por volta do século XVIII, como parte do processo de medicalização dos hospitais)¹⁴², continue a contribuir para a medicalização e despolitização da vida, enquanto integrante do conjunto de estratégias disciplinares, biopolíticas e de gestão dos riscos que compõem o Dispositivo de Segurança.

Como nos alerta Venturini (2009), estamos diante de experiências diversas entre si, embora interligadas mediante objetivos comuns, de forma que poderão ser simplificadamente reduzidas a um termo que coloca no mesmo nível as mais profundas oposições – o Cuidado. Nesse sentido, nosso estudo contribui para a ampliação de uma rede de inteligibilidade sobre as implicações do Cuidado para o processo de medicalização bem como de desmedicalização, partindo-se da acepção de Conrad (2007) de que a medicalização é um processo bidirecional.

¹⁴² Conforme discutido no capítulo 2.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sua trajetória de pesquisas sobre o sentido original dos Cuidados e sobre os Cuidados de Enfermagem, Collière (1999) declarou a grande complexidade de tal empreendimento, uma vez que se trata de um assunto de caráter universal e multidimensional, assumindo sua singularidade em cada cultura, situação ou sistema econômico. Um tema delicado, em virtude das zonas de interferência de saberes, de poderes e decisões que suscita. Uma temática facilmente redutível a sua dimensão técnica ou a um sistema estereotipado e, ao mesmo tempo, tão ampla que se torna impossível apreender as suas múltiplas dimensões. Assunto que diz respeito a todos porque possui intersecções com os hábitos de vida, crenças e valores que fazem vibrar em nós as questões fundamentais da vida, tais como a morte, a sexualidade, o amor, o sofrimento, a revolta e o trabalho.

Talvez pela complexidade da temática ou, ainda, porque incorremos no erro de considerá-la algo muito comum, Waldow (2008) considera escassas as tentativas de interpretação acerca do Cuidado, ressaltando a importância de não utilizá-lo na área de saúde de maneira aleatória, sem que se invista algum esforço em fundamentá-lo. Nessa mesma direção, Collière (2003) nos incentiva ao estudo do Cuidado por considerar que, ao tomar consciência das influências culturais (e nós diríamos, ainda, sociais e políticas) que condicionam as práticas de Cuidado na atualidade, é que poderemos (re) situar as práticas no campo da saúde.

É nessa perspectiva que nossa pesquisa sobre o Cuidado em Saúde Mental vem contribuir para a possibilidade de traçar novos esquemas de interpretação que colaborem para repensarmos sobre a racionalidade moderna que nos aprisiona, naturalizando e relativizando as relações de Cuidado.

Por outro lado, temos observado que os estudos sobre o Cuidado têm transcendido o campo da Enfermagem, sendo objeto de estudos por profissionais de outras áreas da saúde, sociais e humanas – como o de Ayres (2006), Merhy e Amaral (2007) –; da Medicina, como o de Guimarães (2010); do campo dos Estudos Feministas, dentre outros. Encontramos essa mesma avaliação de como as reflexões sobre o Cuidado têm repercutido em vários campos para além da Enfermagem, incluindo a Educação, a Ecologia e a Economia em Waldow (2008) e Boff (2012).

Boff (2012), de forma incrivelmente clarividente nos lançou a reflexão de que o Cuidado vem ganhando força na história da humanidade, sempre que emergem situações críticas. O autor invoca as seguintes situações emblemáticas da emergência do Cuidado:

I- a atuação de Florence Nightingale, no século XIX, na Guerra da Criméia, quando conseguiu reduzir a mortalidade dos soldados, a partir da implementação de Cuidados de Enfermagem, de 42% para 2%, restituindo o *status* de poderio militar ao exército inglês diante das demais nações europeias;

II- o florescimento da filosofia Heideggeriana do Cuidado em *Ser e Tempo* (1929), clássica obra que ainda hoje serve de base para diversos estudos, durante a Primeira Guerra Mundial, momento de barbárie que lançou as nações contra as promessas e incertezas da Era Vitoriana, produzindo profundo desamparo; e, por fim,

III- o surgimento, durante a Segunda Guerra Mundial, da figura do pediatra e psicólogo D.W. Winnicott (1896-1971) que, encarregado de acompanhar crianças órfãs ou vítimas do horror dos bombardeios nazistas em Londres, desenvolveu toda uma reflexão em torno do Cuidado (*care*), da preocupação pelo outro (*concern*) e sobre o conjunto de Cuidados no sentido do estabelecimento de uma rede de apoio a pessoas vulneráveis (*holding*).

Pediria licença ao nosso caríssimo filósofo Leonardo Boff para acrescentar os processos de reforma psiquiátrica, como um quarto acontecimento que permitiu a emergência do Cuidado em Saúde Mental, marcadamente após a Segunda Guerra Mundial.

IV- a nova forma de conceber, desde o final da década de 1980, no Brasil, o Cuidado em Saúde Mental, que passou a ser considerado como o que dá identidade ao modo de atenção psicossocial, permitindo a milhares de sujeitos em sofrimento psíquico vislumbrarem outras possibilidades de ser, de estar, de circular, de cuidar e ser cuidado em seu território, libertando-se das cadeias representadas pelas instituições psiquiátricas de características manicomiais.

É possível com essa afirmação reconhecer a emergência do Cuidado em Saúde Mental como uma positividade, podendo situá-lo como um avanço em termos das práticas e políticas no campo da Saúde Mental, quando comparadas ao modelo asilar hospitalocêntrico.

No entanto, embora meu entusiasmo pela temática do Cuidado seja imenso, não poderia perder de vista que a principal contribuição de nossa pesquisa está justamente em desnaturalizar as configurações que essa noção tem assumido para dar sustentação ao conjunto de

mecanismos e estratégias do Dispositivo de Segurança no campo da Saúde Mental brasileiro.

Nosso processo de pesquisa permitiu seguir a pista desse novo conceito, um conceito em construção, aberto ao “risco” de ser (re) inventado em meio aos cacos dos conceitos antigos (BAUMAN, 2008; BECK, 2010). Nosso campo documental e empírico nos permitiu confrontar nuances e vieses ideológicos, mascarados em meio a abordagens imprecisas das dimensões técnico-assistenciais e político-sociais do campo da Saúde Mental.

A partir do estudo dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, descrevemos as etapas de formalização do conceito de Cuidado em Saúde Mental, inseridas no processo de reforma psiquiátrica brasileiro.

O período representado pela I CNSM, denominado por Amarante (1995) como trajetória sanitaria do MRPB, reuniu as condições para uma crítica ao modelo asilar hospitalocêntrico da Psiquiatria clássica, abrindo espaço para a emergência de novas epistemologias e conceitos no campo da Saúde Mental. Entretanto, paralelamente, observou-se a presença marcante de discursividades em defesa dos pressupostos da Psiquiatria preventiva caplaniana, vertente na qual investiu a Psiquiatria brasileira desde o século XIX, estabelecendo-se, inicialmente, um campo de oposições ao processo de desospitalização, em defesa da hegemonia da medicina mental. Esse período representou a dimensão pré-discursiva da noção de Cuidado.

Desde a II até a IV CNSM, período denominado como trajetória da desinstitucionalização (AMARANTE, 1995), observa-se que o glossário relativo ao Risco como Probabilidade, assim como ao Cuidado, apresentou-se com relevância progressiva apontando para a centralidade de ambos os conceitos nos debates em torno da consolidação de um novo modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil.

Ao longo desse período, embora houvesse uma crítica contundente dos atores sociais que militavam no movimento de luta antimanicomial pela superação das discursividades que vinculam a noção de periculosidade à pessoa em sofrimento psíquico, evidenciou-se a permanência do vocabulário sobre Risco como perigo vinculado ao adocimento mental, inclusive com representatividade nos relatos dos sujeitos de nossa pesquisa.

Quanto à noção de Cuidado, revelou-se no texto dos relatórios das CNSM com sentidos diversificados, ora complementares, ora contraditórios. Pudemos encontrar os seguintes significados atribuídos ao Cuidado: i) a integralidade e a continuidade do Cuidado como

diretrizes para a constituição e consolidação de uma rede de Cuidados psicossociais; ii) o Cuidado em Saúde Mental como componente central de uma rede de atenção psicossocial ampliada, territorializada e intersetorial; iii) a valorização das redes locais de Cuidados e das práticas populares de Cuidados; iv) o Cuidado compondo as estratégias de desmedicalização na Saúde Mental; v) o Cuidado em interdependência a critérios epidemiológicos quantitativistas.

Pudemos constatar que os enunciados sobre o Cuidado atingiram seu limiar de positividade e de epistemologização (FOUCAULT, 2012), de forma que a noção de Cuidado ultrapassou, hierarquicamente, os saberes que lhe deram origem, exercendo sobre eles uma função de dominância. No entanto, a noção de Cuidado não esteve vinculada, no *corpus* textual estudado, a leis de construção de proposições, diante do que podemos afirmar que não atingiu um limiar de cientificidade. Ao contrário, foram observadas profundas lacunas e obstáculos para sua sistematização, uma vez que as abordagens sobre o Cuidado em Saúde Mental na literatura científica têm se concentrado na sua análise enquanto uma prática social.

Pudemos constatar a noção de Cuidado exercendo a função de anunciar a renovação das práticas técnico-assistenciais, na direção apontada pelo movimento de luta antimanicomial, de restituição à pessoa em sofrimento psíquico de seu estatuto de sujeito jurídico-político. A política de Saúde Mental, por sua vez, avançou na estruturação de uma rede de Cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos, deslocando o Cuidado das instituições de características asilares para as redes comunitárias de abrangência territorial e intersetoriais, pressupondo práticas que se distanciem da medicalização dos sofrimentos cotidianos.

No entanto, a aparente coerência entre os eixos técnico-assistencial e jurídico-político estruturantes da política de Saúde Mental brasileira apresentou-se ameaçada por dois paradoxos:

I- a convivência de conceitos que poderiam ser considerados de algum modo contraditórios ou antagônicos, como os conceitos de Cuidado e de Risco;

II- a coocorrência de práticas discursivas e estratégias de Cuidados características da sociedade disciplinar, assim como estratégias de gestão biopolítica das populações no interior do dispositivo de Saúde Mental contemporâneo.

A ambiguidade que acompanhou esse conceito desde sua entrada no campo da Saúde Mental no Brasil, evidenciada em nossa pesquisa, motivou-nos a refletir sobre (e por fim concordar com) a afirmação de

Costa (2006) de que a Psiquiatria, bem como a Saúde Mental são campos sociais e, portanto, não deveríamos esperar que houvesse uma coerência teórica absoluta no interior deles. Nesse sentido, prosseguimos nossa investigação no sentido de aprofundar nossa compreensão sobre essa transversalidade entre as estratégias que caracterizam o biopoder e a biopolítica, buscando suporte teórico nos estudos de Michel Foucault (2008) sobre o Dispositivo de Segurança.

Diferentemente do que poderíamos supor, Foucault (2008, p. 8) esclareceu-nos que não há, sequencial ou isoladamente, “a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança”. Não há uma série na qual os mecanismos jurídico-legais (código legal com divisão binária entre o permitido e o proibido), os mecanismos disciplinares (mecanismos de vigilância e de correção) e os mecanismos de segurança (dispositivo que insere os fenômenos numa série de acontecimentos prováveis) vão se suceder de forma que um mecanismo apareça e faça seus predecessores desaparecerem. O que muda para Foucault é a “dominante”, ou seja, “o sistema de correlação entre os mecanismos jurídico-legais, disciplinares e de segurança” (FOUCAULT, 2008, p. 11).

De fato, pudemos identificar em nosso campo de pesquisa, representativo do dispositivo de Saúde Mental brasileiro, elementos diversificados característicos dos dispositivos legal, disciplinar e de segurança.

As discursividades sobre o Risco como probabilidade, explícitas nas inúmeras recomendações de estudos epidemiológicos encontradas nos relatórios das CNSM, com vistas a subsidiar a adoção de determinado modelo de gestão no campo da Saúde Mental, justificam-se ante a necessidade de *previsibilidade* do percentual da população com transtornos mentais. O conceito de Risco como perigo coexiste ao de Risco como probabilidade na medida em que operam de forma complementar na busca pela previsibilidade das recidivas dos surtos. Caracteriza-se um verdadeiro sistema de gestão dos homens e das populações conforme nos anunciou Foucault (2008), revelando-se a convivência das disciplinas e das estratégias biopolíticas.

O Cuidado inserido em configurações de *rede* de cuidados comunitários de Saúde Mental atende à lógica dos *fluxos em rede*, que na atual fase do capitalismo neoliberal são determinantes para alimentar os fluxos de consumo e do capital.

A *normalização dos corpos* dá-se na medida em que se consideram as condições individuais em função de uma média populacional, que estabelecerá o limiar a partir do qual um fenômeno merecerá a intervenção do Estado. No caso da Saúde Mental, a

normalização dos corpos dá-se não mais pelo encerramento físico, mas pela contenção medicamentosa que permite à pessoa em sofrimento psíquico manter-se em seu território, a partir da continuidade dos Cuidados garantida pela família. Embora possuam *liberdade de circulação*, uma vez que a liberdade é uma condição para que o Dispositivo de Segurança funcione, essa circulação é limitada a depender dos circuitos permitidos e não permitidos pela própria comunidade que passa a regular a circulação no território.

Na nossa análise das relações de Cuidado entre os profissionais de saúde, familiares e usuários do CAPS, pudemos constatar a centralidade que o tratamento medicamentoso adquire no processo de atenção psicossocial, tendo em vista que a pessoa em surto não é aceita por sua família e comunidade. Nesse contexto, fica clara a vinculação das *práticas de Cuidado* a *práticas de medicalização* do sofrimento psíquico humano e de *medicamentalização*.

Previsibilidade e fluxos em rede; normalização dos corpos e liberdade de circulação; práticas medicalizantes e práticas de Cuidado são relações que apontam para a operacionalidade do Dispositivo de Segurança em nosso dispositivo de Saúde Mental contemporâneo, tomando como referência o processo de autonomização do campo da Saúde Mental no Brasil.

Diante disso, no campo conceitual da Saúde Mental, a intersecção entre esses dispositivos pode ser considerada como limitante ao desenvolvimento de uma clínica ampliada, que contribua para uma nova compreensão do processo saúde-sofrimento-adoecimento psíquico, bem como para a invenção de práticas de Cuidado, consoantes às proposições da Política Nacional de Saúde Mental e de acordo com as singularidades de cada território na Rede de Atenção Psicossocial.

A título de uma síntese final, podemos afirmar que o Cuidado está inserido no campo da Saúde Mental no Brasil enquanto uma prática social. Poderá assumir duas configurações para operar nesse campo, não apenas distintas, como antagônicas. O Cuidado em Saúde Mental poderá se opor ao processo de medicalização da Saúde Mental e dos sofrimentos psíquicos cotidianos, desde que se constitua enquanto uma prática social que permita o resgate da subjetividade humana e da potência da vida sequestrada pelas modalidades contemporâneas de biopoder. De outro modo, o Cuidado poderá reforçar os mecanismos de medicalização e despolitização da vida, enquanto integrante do conjunto de estratégias disciplinares, biopolíticas e de gestão dos riscos que compõem o Dispositivo de Segurança.

Consideramos que nosso objetivo de estabelecer a eventualização da noção de Cuidado em Saúde Mental, conforme propusemos na introdução desta tese, mediante a convergência das abordagens arqueológica e genealógica em Michel Foucault foi amplamente atingido.

Dessa forma, nossos achados sobre o Cuidado em Saúde Mental abrem-nos inúmeras possibilidades de estudos, inclusive em outros campos da Saúde, tendo em vista a centralidade que a noção de Cuidado tem assumido em diversas políticas de saúde e sociais no Brasil e em outros países, como a França.

Ampliam a aplicabilidade dos estudos de Spink (2001, 2007, 2010, 2012) referentes ao glossário sobre o Risco, marcadamente no campo da Saúde Mental, assim como contribuem para a compreensão das inconsistências apontadas por diversos autores contemporâneos quanto à consolidação do modo de atenção psicossocial no Brasil.

Compreendemos igualmente as limitações de nossa pesquisa em apontar as singularidades e implicações do Cuidado enquanto prática social para a medicalização ou, por outro lado, para a desmedicalização da sociedade, considerando que o seu tratamento como categoria analítica exige que sejam interpretados seus matizes diversificados dependendo do seu contexto sociocultural e político.

REFERÊNCIAS

ABORAYA, Ahmed. Coming Along With DSM5: Hybrid Models of Psychiatry Diagnosis. **Psychiatric Times** [on line]. Sep, 2012.
Disponível em: www.psychiatrictimes.com Acesso em: 30 nov 2012.

AFONSO, Lúcia. Atenção psicossocial a família de pacientes em saúde mental. **Interações**, v. 6, n. 11, p. 29-43, jan./jun., 2001.

AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo?** E outros ensaios. Chapecó: Editora Unichapecó, 2009. Cap. O que é um dispositivo? p. 25-51.

ALVES, Domingos Sávio Nascimento Alves et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, Paulo (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. Cap. 9, p. 197-203.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 136 p.

_____. **O Homem e a Serpente**. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. 142 p.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, p.195-204, 2009.

ARÁN, Márcia; PEIXOTO JR., Carlos Augusto. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Rev. Saúde Pública** [online], vol. 41, n.5, p. 849-857, 2007.

ARANHA E SILVA, Ana Luisa; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, mai-

jun, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>. Acesso em 13 abr. 2011.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1983. Cap. 1- A Condição Humana, p.15-30.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>. Acesso em 28 maio 2013.

BARROS, Juliana de Oliveira. **A construção de projetos terapêuticos no campo da Saúde Mental**: apontamentos acerca das novas tecnologias de Cuidado. São Paulo, 2010. 111 fls. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências da Reabilitação. 2010.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e Práticas inovadoras para o Cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41 (Esp.), p. 815-9, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>. Acesso em 20 maio 2012.

BAUMAN, Zigmunt. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. 229 p.

BECK, Ulrich. **Sociedade de Risco**. Rumo a outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2010. Parte I-No Vulcão Civilizatório: os contornos da sociedade de Risco, p.21-104.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**. Ética do Humano - Compaixão pela Terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

_____. **O Cuidado Necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 296 p.

BRAITENBACH, Diana Paim de Figueiredo. **Interdisciplinaridade**: reflexões sobre o atual campo da Saúde Mental no Brasil. Dissertação (Mestrado em Ensino, Filosofia e História das Ciências). Salvador,

2006. 125 f. Universidade Federal da Bahia. Universidade Estadual de Feira de Santana. Salvador, 2006.

BRANDÃO, Aline; SANTOS, Socorro; BARBOSA, Valquiria F. Bezerra. **A Biopolítica e o Cuidado em Saúde Mental**. In: Simpósio A vida medicada: Biopolítica nos debates contemporâneos, 2, Florianópolis, 2012. Anais do II Simpósio A vida medicada: Biopolítica nos debates contemporâneos, Florianópolis, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 63 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: Caderno Informativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 68 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf. Acesso em 20 jun. 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 9 out de 2014.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf> Acesso em: 20 maio 2014.

_____. _____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em: 01 jun. 2013.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 20 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

_____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento da Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção a saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3569-3578, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 28 maio 2013.

BUENO, Maria Lúcia da Silva; CAPONI, Sandra. A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 13, n. 28, p. 137-50, jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 20 mai. 2012.

CANGUILHEM, Georges. **Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida**. Lisboa: Edições 70, 1977. Introdução: O papel da epistemologia na historiografia científica contemporânea, p. 11-27.

_____. **O normal e o patológico**. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, 277 p.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2000. 100 p.

_____. Viejos y Nuevos Riesgos: en busca de otras protecciones. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v.1, p.7-15, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/>. Acesso em: 29 maio 2013.

_____. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, nº 14, v. 1, p. 95-103, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/>. Acesso em: 29 maio 2011.

_____. **Loucos e Degenerados**. Uma genealogia da Psiquiatria Ampliada. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2012. 210 p.

_____. MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel. Kraepelin, El desafio clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. **Scientiae studia**, São Paulo, v. 11, n.3, p.467-489, 2013.

_____. Foucault e a Universidade: entre o governo dos outros e o governo de si mesmo. **Cadernos IHU ideias**, São Leopoldo, v. 12, n. 211, p. 1-20, 2014 Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/211cadernosihuideias.pdf> Acesso em: 13 ago 2014.

CASTEL, Robert. **A Gestão dos Riscos**. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1987. 198 p.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues. **A saúde persecutória**: a espera dos riscômetros portáteis. Interface Com. Saúde Educ., São Paulo, v.11, n.21, p. 159-162, jan/abr, 2007. <http://www.scielo.br/pdf/>. Acesso em: 29 abr. 2013.

_____; _____. FERREIRA, Marcos Santos. **Correndo o Risco:** uma introdução aos Riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 134 p.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a Vida.** Da prática das mulheres de virtude aos Cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999. 385 p.

_____. **Cuidar.** A primeira arte da vida. 2 ed. Loures: Lusociência, 2003. 440 p.

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society:** on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007. Disponível em: <http://books.google.com.br/> Acesso em: 01 nov. 2014.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil:** um recorte ideológico. 5ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 136 p.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (COORD.) **Ensaio:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-169.

CZERESNIA, Dina. Ciência, Técnica e Cultura: relações entre Risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 2, p. 447-455, mar./abr., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/>. Acesso em: 29 abr. 2013.

DORON, Claude-Olivier. CE QUE « SOIN » VEUT DIRE. Quelques réflexions à propos d'une substitution de mots dans la loi du 5 juillet 2011. **Journal Français de Psychiatrie**, n. 38, v.1, p.19-21, 2011. DOI: 10.3917/jfp.038.0019

_____. **O espaço da psiquiatria nos dispositivos de segurança na França.** [Conferência] Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, 2014.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo.** São Paulo: Editora Perspectiva SA, 1966. 232 p.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. Coleção Ditos & Escritos II. O que são as luzes (1984), p. 335-351.

_____. **História da Sexualidade I**. A vontade de saber. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1994. Cap. V- Direito de morte e poder sobre a vida, p. 144-147.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no College de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. Aula de 07 de janeiro de 1976 e Aula de 14 de janeiro de 1976.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005a. 551 p.

_____. **Em Defesa da Sociedade**: curso no College de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005b. Aula de 17 de março de 1976. p. 285-315.

_____. **O Poder Psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511 p.

_____. **Segurança, Território e População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. 2ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b. 1971- Nietzsche, a Genealogia, a História. p. 260-281.

_____. **Vigiar e Punir**. Nascimento da Prisão. 38 ed. Petrópolis: Vozes, 2010, 291 p.

_____. **Microfísica do Poder**. 29ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011. Cap. V: O nascimento da Medicina social; VI: O nascimento do hospital; VII: A casa dos loucos, p. 79-128.

_____. **A Arqueologia do Saber**. 8ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. 254 p.

FRANCES, Allen. Opening Pandoras Box: the 19 worst suggestions for DSM-V. **Psychiatric Times** [on line]. Fev., 2010. Disponível em: www.psychiatrictimes.com Acesso em: 30 nov. 2012.

GEORGE, Julia B. e col. **Teorias de Enfermagem**. Os Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338 p.

GIDDENS, Anthony. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991. Capítulo I – Introdução, p. 11-60

GUIMARÃES, Raquel. **Gênero e Deficiência**: um estudo das relações de Cuidado. In: SANTOS, Wederson; DINIZ, Débora (Org.). Deficiência e Discriminação. Brasília: Letras-Livres, Ed. UNB, 2010. p. 197-228.

GUIVANT, Julia S. A trajetória das análises de Risco: da periferia ao centro da teoria social. **Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais**, São Paulo, n. 46, p. 3-38, 1998. Disponível em: <http://www.iris.ufsc.br/pdf/trajetoriasdasanalisesderisco.pdf>, Acesso em: 22 nov. 2011.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Notas sobre Enfermagem**: um guia para Cuidadores na atualidade. Trad. Telma Ribeiro Garcia. Rio de Janeiro, Elsevier, 2010. 180 p.

JORGE Miguel R.; FRANÇA Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma Psiquiátrica. **Rev Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001.

KANTORSKI, Luciane Prado; PINHO, Leandro Barbosa de; SAEKI, Toyoko; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. Expectativas de Docentes sobre o ensino do Cuidado em Saúde Mental. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.8, n.3, p.363-369, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 28 maio 2011.

KIRSCHBAUM, Debora Isane Ratner. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. especial, p. 19-30, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 28 maio 2012.

_____. Nursing Agents' Perceptions on Their Work in Mental Health With Psychotic Patients in a Psychosocial Community Center. **Rev. Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 368-373, mai-jun, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 12 maio 2012.

LARA, Aline Frollini Lunardelli. A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. **Psicologia USP**, São Paulo, v.17, n.1, p. 35-52, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 28 maio 2013.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. **Danação da Norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. Série Saber e Sociedade, v. 3. 559 p. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/78795279/Machado-Roberto-Danacao-da-norma-Medicina-social-e-constituicao-da-psiquiatria-no-brasil> Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. **Foucault, a ciência e o saber**. 3 ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. 202 p.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel. FORA DE CENA: A LOUCURA, O OBSCENO E O SENSO COMUM. **Interthesis**, Florianópolis, v.9, n.2, jul./dez., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 28 maio 2013.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 36, n. 95, p.583-594, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 28 maio 2013.

MARTINS, Quintas, R.; AMARANTE, Paulo. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p.99-107, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 28 maio 2013.

McEWEN, Melanie. Visão Geral da Teoria na Enfermagem. In: McEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. (Org.). **Bases Teóricas para Enfermagem**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 48-73.

MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa (ORG). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. Parte I-Textos Transversos, Ia Pensando questões do campo da luta antimanicomial, p. 19-37.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269 p.

MITJAVILA, Myriam. O Risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo Social**. Rev. Sociol. USP, São Paulo v. 14, n. 2, p. 129-145, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 02 out. 2012.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise Textual Discursiva**. 2 ed. rev. Ijuí: Editora UniJuí, 2011. 224 p.

MOREIRA, Almerinda; OGUISSO, Taka. **Profissionalização da Enfermagem Brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MOTTA, Manoel Barros da. Apresentação. In: FOUCAULT, Michel. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. 2ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. p. V-LII.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; PICCININI, Walmor; DALGALARRONDO, Paulo. JULIANO MOREIRA (1873-1933): FOUNDER OF SCIENTIFIC PSYCHIATRY IN BRAZIL. **American Journal of Psychiatry**, v.162, n.4, p.666, 2005. Disponível em: <http://www.abp.org.br/boletim/exibBoletim>. Acesso em 18 abr. 2014.

OGUISSO, Taka. **Trajetória Histórica e Legal da Enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Caracas, Venezuela, 1990. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf Acesso em 13 ago. 2012.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da Saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 9-20, set.2003-fev.2004.

ORTNER, SHERRY. Poder e Projetos: Reflexões sobre a Agência. In: GROSSI, Miriam Pilar; ECKERT, Cornélia; FRY, Peter Henry (ORG.) **Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas**. Blumenau: Nova Letra, 2007, p.45-80.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Cartografia da Publicação Brasileira em Saúde Mental: 1980 – 1996. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 231-240, set-dez, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>. Acesso em 28 maio 2013.

PERLBART, Peter Pál. **Vida Capital**. Ensaios de Biopolítica. São Paulo: Editora Iluminuras LTDA, 2003. 252 p.

_____. Vida nua, vida besta, uma vida. **Rev. Trópicos/ Documenta**, 2011. Disponível em: p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1. Acesso em 20 mar. 2012.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4. ISBN 85-7541-019-9. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

ROSA, Barbara Paraíso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008. 367 p.

SAMPAIO, José Jackson Coelho *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>. Acesso em 15 abr. 2013.

SARACENO, Benedetto. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.9, n.1, p. 26-31, jan./abr. 1998.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>. Acesso em 22 nov. 2012.

SOUZA, Washington Luis. Michel Foucault e o Uso Filosófico da História. **Revista Páginas de Filosofia**, v. 3, n. 1-2, p. 49-66, jan/dez, 2011. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PF/article/viewFile/3237/2965> Acesso em 18 set 2014.

SPINK, Mary Jane P. Trópicos do discurso sobre Risco: Risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, dec. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>. Acesso em 28 maio 2013.

_____. et al. Sobre as palavras que vendem coisas: o glossário do Risco em anúncios de revistas. **Estudos de Psicologia**. v. 12, n. 1, p. 13-21, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/> Acesso em 28 maio 2013.

_____. Comunicações sobre Riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do Cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR, Aluisio Gomes (Orgs.). **Por uma sociedade Cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS - UERJ/ABRASCO, 2010, p. 217 -230.

_____. AVENTURA, LIBERDADE, DESAFIOS, EMOÇÃO: os tons do apelo ao consumo do Risco-aventura. **POLÍTICA & TRABALHO**. Revista de Ciências Sociais (online), n. 37, out, p. 45-65 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/13251>. Acesso em 28 maio 2013.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, mar./abr., 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>. Acesso em 28 maio 2012.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo et al. Análise de implementação de tecnologias de Cuidar em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.342-350, dez, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>. Acesso em 12 maio 2012.

_____. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 3, Set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 30 set. 2013.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em Equipe na Saúde Mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**. São Paulo, v.6, n.1, p. 1-16, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38712/41563>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

VENTURINI, Ernesto. “O caminho dos cantos”: morar e intersetorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 3, p. 471-480, Set./Dez. 2010.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**. Expressão Humanizadora da Enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, 190 p.

_____. **Bases e Princípios do Conhecimento e da Arte da Enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, 93 p.

WILLRICH, Janaína Quinzen et al. *Periculosidade versus cidadania*: os sentidos de atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 1, p.47-64, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>. Acesso em 28 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001**. Mental Health: New Understanding, New Hope. Switzerland, 2001. 178 p.

YASUI, Silvio e COSTA-ROSA, Abílio da. Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p.27-37, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 23 maio 2013.

_____. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 192 p.

APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE
DE ENSINO SUPERIOR -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Redes de Cuidado em Saúde Mental:
o processo de construção da rede de atenção psicossocial
no Município de Pesqueira, PE

Pesquisador: Valquíria Farias Bezerra Barbosa

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 1

CAAE: 33110114.5.0000.5203

Instituição Proponente: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 806.072

Data da Relatoria: 05/08/2014

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem por objetivo analisar o processo de constituição de uma Rede de Cuidados em Saúde Mental no município de Pesqueira, PE, com o intuito de contribuir para a compreensão da abrangência e amplitude que as práticas e estratégias de Cuidado têm assumido no contexto institucional, inter-institucional e comunitário.

Considerando-se que, no município de Pesqueira, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi implantado no ano de 2013, proporcionando a ampliação das ações de atenção à Saúde Mental, faz-se necessário compreender como se estruturaram as relações de referência e contrareferência com os demais serviços que compõe a rede de saúde loco-regional, desde o nível primário até o nível terciário de saúde, e ainda, quais práticas e estratégias de Cuidado em Saúde Mental têm emergido neste contexto sócio-cultural. Interessa-nos compreender também, para além das relações institucionais no âmbito da rede de serviços de saúde de Pesqueira, PE, que outras configurações do Cuidado em Saúde Mental estão presentes, compondo a rede de atenção psicossocial municipal, mediante práticas, estratégias e grupos comunitários. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, a ser desenvolvido na rede de atenção à saúde do município de Pesqueira, PE. Serão realizadas entrevistas com os gestores, profissionais de saúde e usuários da rede SUS, obedecendo-se a roteiro semi-estruturado, contemplando a área

Endereço: Avenida Portugal, 594

Bairro: Universitário

UF: PE

Telefone: (81)2103-2060

Município: CARUARU

Fax: (81)2103-2053

CEP: 55.015-910

E-mail: cep@cesce.edu.br

ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR -



Continuação do Parecer: 806.072

urbana, rural e indígena. Espera-se como resultado o delineamento da rede de Cuidados a Saúde mental no município de Pesqueira, PE, identificando-se seus atores, seus fatores potencializadores e limitantes. Pretende-se que este estudo contribua, dentre outros aspectos, para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no município de Pesqueira, PE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de constituição de uma Rede de Cuidados em Saúde Mental no município de Pesqueira, PE.

Objetivo Secundário:

Descrever as ações e instrumentos normativos, no âmbito da gestão municipal de saúde, que fomentaram a constituição de uma rede de atenção psicossocial no município de Pesqueira, PE;

Caracterizar as práticas e estratégias de Cuidado a Saúde Mental desenvolvidas pelas equipes de atenção primária nas áreas urbana, rural e indígena;

Caracterizar as práticas e estratégias de Cuidado a Saúde Mental desenvolvidas pelas equipes de atenção secundária nas áreas urbana, rural e indígena;

Pesquisar os conhecimentos, concepções e práticas de Cuidado a Saúde Mental desenvolvidas na comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Será assegurado a todos os sujeitos da pesquisa a ausência de riscos a sua integridade física ou moral. Esta pesquisa envolve risco mínimo relacionado ao incômodo da concessão de informações privativas pelo sujeito da pesquisa. Será garantido o sigilo com relação à identidade e as informações fornecidas pelos entrevistados, bem como o direito de se negar a participar do estudo, ou ainda, de se ausentar do estudo a qualquer momento. Todos os entrevistados serão inicialmente orientados sobre as finalidades e implicações desta pesquisa de maneira clara e acessível. Tais princípios estão descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Cartas de Anuência que deverá ser assinado por todos os sujeitos que participarão do estudo, bem como pelo pesquisador em duas vias de igual teor, estabelecendo-se assim compromisso mútuo.

Benefícios:

Este estudo trará benefícios aos seus participantes na medida em que proporcione, a partir da

Endereço: Avenida Portugal, 584

Bairro: Universitário

UF: PE

Telefone: (81) 2103-2090

Município: CARUARU

Fax: (81) 2103-2055

CEP: 55.016-910

E-mail: cep@aces.edu.br

ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR -



Continuação do Parecer: 806.072

divulgação de seus resultados; subsídios para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no município de Pesqueira, PE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo tem por objetivo analisar o processo de constituição de uma Rede de Cuidados em Saúde Mental no município de Pesqueira, PE, com o intuito de contribuir para a compreensão da abrangência e amplitude que as práticas e estratégias de Cuidado têm assumido no contexto institucional, inter-institucional e comunitário.

Considerando-se que, no município de Pesqueira, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi implantado no ano de 2013, proporcionando a ampliação das ações de atenção à Saúde Mental, faz-se necessário compreender como se estruturaram as relações de referência e contrareferência com os demais serviços que compõe a rede de saúde loco-regional, desde o nível primário até o nível terciário de saúde, e ainda, quais práticas e estratégias de Cuidado em Saúde Mental têm emergido neste contexto sócio-cultural. Trata-se de um trabalho relevante e importante para o conjunto da sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios, conforme exigências do Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Adequar e ajustar, se for o caso, o Cronograma de Execução das atividades de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequar e ajustar, se for o caso, o Cronograma de Execução das atividades de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Endereço: Avenida Portugal, 584

Bairro: Universitário

CEP: 55.016-910

UF: PE

Município: CARUARU

Telefone: (81)2103-2090

Fax: (81)2103-2053

E-mail: cep@ases.edu.br

ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE
DE ENSINO SUPERIOR -



Continuação do Parecer: 806.072

CARUARU, 30 de Setembro de 2014

Assinado por:
ROSIEL JOSÉ DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Avenida Portugal, 584
Bairro: Universitário CEP: 55.016-910
UF: PE Município: CARUARU
Telefone: (81)2103-2090 Fax: (81)2103-2053 E-mail: cep@ascos.edu.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Redes de Cuidado em Saúde Mental: o processo de construção da rede de atenção psicossocial no Município de Pesqueira, PE

Pesquisadora: Msc.Valquiria F. Bezerra Barbosa

Fones para contato: (87) 3835-1796 Ramal 2710 e (81) 97350973

E-mail: valquiria@pesqueira.ifpe.edu.br

Horário de Trabalho: Segunda a Sexta-feira das 8 às 18h

Esta pesquisa tem a finalidade de analisar o processo de constituição de uma Rede de Cuidados em Saúde Mental no município de Pesqueira-PE, a fim de contribuir para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial.

Os estudantes e professores responsáveis pela pesquisa obterão as informações por meio de entrevista com os gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços públicos de saúde de Pesqueira-PE, utilizando um formulário de perguntas diretas e indiretas. Os dados serão utilizados para estudos do Curso Superior de Enfermagem do IFPE, *Campus* Pesqueira, para publicação em revistas científicas e, ainda, apresentações em congressos.

Sua participação é de livre vontade e você pode sair do estudo quando quiser. Esta pesquisa não causará danos físicos ou morais a seus participantes. O único risco está relacionado ao fornecimento de informações sobre seu trabalho. Para minimizá-lo, sua entrevista será gravada, transcrita, duplamente corrigida e submetida a sua aprovação antes de qualquer utilização em trabalhos científicos.

As informações coletadas serão mantidas em segredo e será respeitada a vontade e anonimato de seus participantes pelo uso de

pseudônimos. Você não receberá pagamento por sua participação, assim como não terá despesas financeiras.

Os resultados contribuirão para a consolidação da rede de serviços públicos de saúde de Pesqueira-PE, beneficiando os gestores, profissionais de saúde e os usuários por eles atendidos.

Eu li e entendi o que está escrito acima e concordo VOLUNTARIAMENTE em participar do estudo.

Profissional de Saúde: _____

Pesquisadora: _____

Testemunha: _____

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA



PROJETO DE PESQUISA:

Redes de Cuidado em Saúde Mental: o processo de construção da rede de atenção psicossocial no Município de Pesqueira-PE

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. DATA: _____

1.2. NOME DO SUJEITO DA

PESQUISA: _____

1.3. VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL: () CAPS

1.4. FUNÇÃO: _____

1.5. TEMPO DE DESEMPENHO DA FUNÇÃO _____

1.6. POSSUI CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL? ()SIM ()NÃO

1.6.1. CASO “SIM”,

especificar: _____

2. QUESTÕES DE PESQUISA

2.1. Questão gerativa da narrativa

Gostaria que você nos contasse a história do Centro de Atenção Psicossocial de Pesqueira. Você poderia iniciar narrando como surgiu o convite para participar da implantação do CAPS em Pesqueira e então passar a contar todas as coisas que aconteceram, uma após a outra, até o dia de hoje. Você pode levar o tempo que for preciso para contar essa

história, podendo dar detalhes, pois tudo que for importante para você nos interessa.

2.2. Qual o papel do CAPS quanto ao Cuidado em Saúde Mental?

2.3. Que aspectos você considera importantes para o Cuidado aos usuários do CAPS?

2.4. Como você avalia o Cuidado oferecido pelo CAPS aos seus usuários? Mencione aspectos positivos e negativos (quando houver).

2.5. Com quais outros serviços de saúde/instâncias comunitárias você estabelece parcerias no Cuidado aos usuários do CAPS?

2.6. Como essas parcerias poderiam ser melhoradas ou ampliadas?

APÊNDICE D – TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a pesquisadora Valquíria F. Bezerra Barbosa a utilizar as informações por mim concedidas na entrevista relacionada ao projeto "Redes de Cuidado em Saúde Mental: o processo de construção da rede de atenção psicossocial no Município de Pesqueira, PE", para complementar as análises de sua pesquisa de doutorado intitulada "O Cuidado em Saúde Mental no Brasil (1980 a 2012): transversalidades discursivas referentes à problemática do risco", nos termos e condições do TCLE por mim assinado.

Pesqueira, 29 de setembro de 2014.

Shimmery Hilda R. Ferreira

Enfermeira e Coordenadora do CAPS II, Pesqueira, PE



Campus Pesqueira

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a pesquisadora Valquíria F. Bezerra Barbosa a utilizar as informações por mim concedidas na entrevista relacionada ao projeto "Redes de Cuidado em Saúde Mental: o processo de construção da rede de atenção psicossocial no Município de Pesqueira, PE", para complementar as análises de sua pesquisa de doutorado intitulada "O Cuidado em Saúde Mental no Brasil (1980 a 2012): transversalidades discursivas referentes à problemática do risco", nos termos e condições do TCLE por mim assinado.

Pesqueira, 07 de outubro de 2014.

Maria Lucia Melo Barbosa

Assistente Social do CAPS II, Pesqueira, PE

**APÊNDICE E-ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS
NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA POR ORDEM
CRONOLÓGICA**

01	Amarante, Paulo. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. Saúde debate , v. 45, p. 43-46, dez. 1994.
02	Amarante, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Cad. Saúde Públ. , Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p.491-494, jul./set., 1995.
03	ARANHA E SILVA, Ana Luisa; FONSECA, Ana Maria Godoy Serpa da. Repensando o Trabalho em Saúde Mental: a Questão da Interdisciplinaridade. R. Bras. Enferm. , Brasília, v.48, n.3, p.212-217, jul./set, 1995.
04	CAMAROTTI, Maria Henriqueta. Instituição Aberta de Saúde Mental: Um Novo Paradigma de Atendimento. Rev. de Saúde do Distrito Federal , v. 8, n.4, out./dez., 1997.
05	NOGUEIRA, Fernanda. O Direito ao Trabalho – Um Instrumento no Processo de Desconstrução do Manicômio em Santos, São Paulo. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo , v. 8, n.1, p. 53-56, jan./abr., 1997.
06	OGAWA, Rosângela. Trabalho: Liberdade versus Exclusão. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo , v. 8, n.1, p.49-52, jan./abr., 1997.
07	SARACENO, BENEDETTO. A concepção de Reabilitação Psicossocial como Referencial para as Intervenções Terapêuticas em Saúde Mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo , v. 9, n.1, p.26-31, jan./abr., 1998.
08	MELLO, Rosane. A Questão da Interdisciplinaridade no Dia a Dia da Enfermeira que Atua em Centros de Atenção Diária de Saúde Mental. R. Bras. Enferm. , Brasília, v.51, n.1, p.19-34, jan./mar, 1998.
09	FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Jan.,1998.
10	OLIVER, Fátima Correa; NICÁCIO, Fernanda. Da instituição asilar ao território: caminhos para produção de sentido nas intervenções em saúde. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo , v. 10, n.2/3, p.60-68, mai./dez, 1999.
11	AREJANO, Ceres Braga. Reforma psiquiátrica: uma melhoria

	para a qualidade de vida da pessoa com sofrimento psíquico. Rev. Ciênc. Saúde. v.18, n.1/2, p.25-31, jan./dez. 1999.
12	CASTRO, Rosiani C. B. Ribeiro de. Proposta de intervenção de enfermagem em hospital-dia em saúde mental. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 19, n.1, p. 24-33, jan./abr. 2000.
13	Campos, Célia Maria Sivalli; Barros, Sônia. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.34, n.3, p. 271-276, set. 2000.
14	VAIE, Sylvia; BARROS, Sônia. A vivência de um estudante de enfermagem em uma equipe interdisciplinar: fábrica de idéias. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 35, n. 2, Jun. 2001 .
15	AFONSO, Lúcia. Atenção psicossocial a famílias de pacientes em saúde mental Interações, vol. 6, n. 11, p. 29-43, jan./jun. 2001.
16	PESSINI, Léo. Cuidar sim, Excluir não. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.25, n.3, p. 235-238, jul./set. 2001.
17	FELÍCIO, Jônia Lacerda. Conceitos básicos e evolução da Saúde Mental. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.25, n.3, p. 239-242, jul./set. 2001.
18	LEPARGNEUR, Hubert. O Doente Mental como Ser Social. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.25, n.3, p. 251-256, jul./set. 2001.
19	GUIMARÃES, Jacileide; MEDEIROS, Soraya Maria de; TOYOKO, Saeki; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. Saúde debate. v. 25, n.58, p. 5-11, maio/ago. 2001.
20	COSTA-ROSA, Abílio da; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. Saúde debate. v. 25, n.58, p. 12-25, maio/ago. 2001.
21	CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: A palavra negada-sobre as práticas clínicas nos serviços de saúde mental. Saúde debate. v. 25, n.58, p. 98-111, maio/ago. 2001.
22	KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner; PAULA, Flora Karina Correa de. O TRABALHO DO ENFERMEIRO NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE MENTAL DA REDE PÚBLICA DE CAMPINAS-SP. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p.77-82, set./out. 2001.
23	BRESSAN, Vânia Regina; SCATENA, Maria Cecília Moraes. O

	cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v.10, n. 5, Out. 2002 .
24	MOSTAZO, Rubiane Rodrigues; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 786-791, Dez. 2003 .
25	VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev. bras. enferm. , Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, Dez. 2004.
26	SOUSA, Khivia Kiss Barbosa de; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. A praxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental. Cogitare enferm. v.9, n. 2, p.14-22, jul./dez. 2004.
27	DIMENSTEIN, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. Psicol. cienc. prof. , Brasília, v. 24, n. 4, dez. 2004.
28	COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença Rev. Esc. Enferm. USP , São Paulo, v.38, p.197-205, 2004
29	VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça; BARROS, Sônia; COSTA, Annette Souza Silva Martins da. O modelo assistencial em saúde mental: visão de familiares. REME Rev. Min. Enferm. v.8, n. 3, p. 374-381, jul./set. 2004.
30	SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; SILVA, César Cavalcanti da; NÓBREGA, Maria Mirian Lima da; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; SOUSA, Khívia Kiss Barbosa de. TRABALHO DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Online braz. j. nurs. (Online), v.3, n.3, dez. 2004.
31	TAVARES, Cláudia Mara de Melo. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. Texto contexto - enferm. , Florianópolis , v. 14, n. 3, p. 403-410, Set. 2005.
32	FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SILVA, Ana Teresa Medeiros Cavalcanti;

	LAZARTE, Rolando; ANDRADE, Fábila Barbosa de. Atenção e reabilitação psicossocial: uma revisão bibliográfica conceitual. Nursing , São Paulo, v. 8, n. 85, p. 277-281, jun. 2005.
33	WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-349, Set. 2005.
34	ROCHA, Ruth Mylius. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 350-357, Set. 2005.
35	ZERBETTO, Sonia Regina; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 112-117, Fev. 2005.
36	CASANOVA, Edna Gurgel; PORTO, Isaura Setenta; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. O cuidado de enfermagem familiar / exótico na unidade de internação psiquiátrica: do asilar para a reabilitação psicossocial. Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 635-644, Dez. 2006.
37	BELINI, Marya Gorete; HIRDES, Alice. Projeto moradia São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. Texto contexto- enferm. , Florianópolis, v.15, n.4, p. 562-569, Out/Dez. 2006.
38	BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. Práticas Inovadoras para o Cuidado em Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP , São Paulo, v. 41, p.815-819, 2007.
39	OLIVEIRA, Graziella Lage; CAIAFFA, Waleska Teixeira; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 42, n. 4, p. 707-716, Ago. 2008.
40	OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. Revista Eletrônica de Enfermagem , v.10, n.1, p.167, 2008.
41	LIMA, Elizabeth M. F. Araújo; GHIRARD, Maria Isabel Garcez. Transdisciplinaridade e Práticas Híbridas em Saúde

	Mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo , v. 19, n. 3, p.153-158, 2008.
42	BUENO, Maria Lúcia da Silva; CAPONI, Sandra. A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. Interface (Botucatu) , Botucatu, v. 13, n. 28, p. 137-150, Mar. 2009 .
43	SCHNEIDER, Jacó Fernando; SOUZA, Jemina Prestes de; NASI, Cíntia; CAMATTA, Marcio Wagner; MACHINESKI, Gicelle Galvan. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. Rev. Gaúch. Enferm. , v. 30, n. 3, p. 397-405, set. 2009.
44	AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva , v.14, p.195-204, 2009.
45	AMORIM, Ana Karenina Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. Fractal: Revista de Psicologia , v. 21, p.319-335, 2009.
46	PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. Interface - Comunic., Saude, Educ. , v.13, n.30, p.67-77, jul./set. 2009.
47	DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1483-1492, Out. 2009 .
48	ROMAGNOLI, Roberta Carvalho et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. Interface (Botucatu) , Botucatu, v. 13, n. 30, p. 199-207, Set. 2009 .
49	SANTOS, Anna Cristina Cardoso Fontes dos. Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras. Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-55, Mar. 2009 .
50	MIELKE, Fernanda Barreto et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. Revista Eletrônica de Enfermagem , [S.l.], v. 12, n. 4, p. 761-765, dez. 2010.
51	PAES, Marcio Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves; Mantovani

	Maria de Fatima. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. , Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 277-284, jun. 2010.
52	BARROS, Márcia Maria Mont' Alverne de; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves. PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PRODUÇÃO DO CUIDADO E AS TECNOLOGIAS DAS RELAÇÕES NO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO. Rev. APS , Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan./mar. 2010.